Aus dem Medizinischen Landesuntersuchungsamt Stuttgart
Leiter: Professor Dr. med. W. Steuer, Ltd. Reg. Med.Dir.

DIE EFFEKTIVITÄT DER ALKOHOLKRANKENFÜRSORGE

INAUGURAL – DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Theoretische Medizin)
der Eberhard–Karls–Universität
Tübingen

vorgelegt von

JOHANN JAKOB
aus Zaisenhausen

1981

Aus dem Medizinischen Landesuntersuchungsamt Stuttgart
Leiter: Professor Dr. med. W. Steuer, Ltd. Reg. Med.Dir.

DIE EFFEKTIVITÄT DER ALKOHOLKRANKENFÜRSORGE

INAUGURAL – DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Theoretische Medizin)
der Eberhard–Karls–Universität
Tübingen

vorgelegt von
JOHANN JAKOB
aus Zaisenhausen

1981

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Professor Dr. med. H. Haselmann

1. Berichterstatter: Professor Dr. med. W. Steuer
2. Berichterstatter: Professor Dr. med. F. W. Schmahl

---

gedruckt bei Fa. H.- J. Köhler, Reprografischer Betrieb, Tübingen , V.d.Kreuzberg

Meiner Mutter in Dankbarkeit gewidmet

INHALT

A. EINLEITUNG 1

B. LITERATUR 2

I. Alkoholismus - Terminologie, Definition und Diagnose 2

1. Alkoholismus - Terminologie 2
2. Definition des Alkoholismus 3
3. Alkoholismus - Alkoholkrankheit 4
4. Die Diagnose des Alkoholismus 5

II. Epidemiologie 5

1. Die Häufigkeit des Alkoholismus in der BRD 5
1.1. Indirekte Methoden in der Ermittlung der Alkoholismus-Prävalenz 6
1.2. Epidemiologische Felduntersuchungen 7
1.3. Alkoholismusprävalenz bei Frauen und Jugendlichen 9
2. Kosten des Alkoholismus 9

III. Die Alkoholkrankenfürsorge 10

1. Fürsorge - Sozialarbeit 10
1.1. Zum Begriff 'Fürsorge' 10
1.2. Von der 'Fürsorge' zur 'Sozialarbeit' 10
1.3. Funktionen der Fürsorge bzw. Sozialarbeit 11
1.4. Ziele der Alkoholkrankenfürsorge 13
2. Formen der Alkoholkrankenfürsorge 14
2.1. Die Entwicklung nach dem zweiten Weltkrieg 14
2.2. Die Vorschläge der Psychiatrie-Enquête 16
3. Indikationskriterien für die Behandlung der Alkoholkranken 17
3.1. Indikationskriterien für ambulante Behandlung 17
3.2. Indikationskriterien für mittelfristige stationäre Behandlung 19

3.3.	Indikationskriterien für langfristige stationäre Behandlung	19
3.4.	Indikationskriterien für eine nicht freiwillige stationäre Behandlung	19
4.	Die Arbeitsweise in der Alkoholkrankenfürsorge	20
4.1.	Die ambulante Beratungs- und Behandlungsstelle	20
4.2.	Die freiwillige stationäre Behandlung	21
4.3.	Die nicht freiwillige stationäre Behandlung	22
4.4.	Das geschlossene Pflegeheim	24
4.5.	Übergangseinrichtungen	24
5.	Träger der Alkoholkrankenfürsorge	25
5.1.	Staatliche und freie Trägerschaft sowie unabhängige Organisationen	25
5.2.	Das Verhältnis zwischen staatlicher und freier Trägerschaft	26
5.2.1.	Vorteile einer rein staatlichen Trägerschaft in der Alkoholkrankenfürsorge	27
5.2.2.	Vorteile der Alkoholkrankenfürsorge in freier Trägerschaft	27
5.2.3.	Zusammenwirken von Staat und freien Trägern	28
6.	Das Alkoholismus-Rezidiv	28
7.	Ergebnisse in der Behandlung Alkoholkranker	30
7.1.	Zur Bewertung von Abstinenzraten	30
7.2.	Behandlungsergebnisse im angloamerikanischen Bereich	31
7.3.	Behandlungsergebnisse in Deutschland	32
7.3.1.	Ergebnisse der stationären Behandlung in den Fachkrankenhäusern Ringgenhof und Höchsten	32
7.3.2.	Ergebnisse einer ambulanten Behandlung	33
7.3.3.	Ergebnisse der Unterbringung straffällig gewordener Alkoholiker	34

C. DIE VERSORGUNG DER ALKOHOLKRANKEN IN BADEN-WÜRTTEMBERG AM BEISPIEL DER REGION FRANKEN 35

I. Die Gesamtsituation in Baden-Württemberg 35

II. Die stationäre Versorgung 35

1. Die Entwöhnungsabteilung des PLK Weinsberg 36

1.1. Station zur kurzfristigen Entwöhnungsbehandlung 37

1.2. Station zur mittelfristigen Entwöhnungsbehandlung 37

1.3. Station zur langfristigen Entwöhnungsbehandlung 39

2. Die nicht freiwillige Behandlung Alkoholkranker im PLK Weinsberg 40

2.1. Gesetz über die Unterbringung von Geisteskranken und Suchtkranken des Landes Baden-Württemberg vom 16. Mai 1955 40

2.2. Zwangsweise Unterbringung im Rahmen der Maßregeln zur Sicherung und Besserung nach § 63 und § 64 StGB n.F. (§ 42 c StGB a.F.) 41

III. Die ambulante Versorgung 42

1. Anzahl und Verteilung ambulanter Einrichtungen einschließlich Selbsthilfegruppen in der Region Franken 42

2. Die psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstelle 44

3. Die Bedeutung der Selbsthilfegruppen in der Region 47

4. Die Alkoholkrankenfürsorge durch die Staatlichen Gesundheitsämter 50

D. ERHEBUNG ÜBER DIE ALKOHOLKRANKENFÜRSORGE AN DEN STAATLICHEN GESUNDHEITSÄMTERN DER REGION FRANKEN 53

I. Erhebung der Daten und Bewertungsmethode 53

1. Zeit und Ort der Erhebung 53
2. Das Aktenmaterial 53
3. Gesamtzahl der ausgewerteten Sonderakten und Auswahlkriterien 53
4. Kriterien der Erhebung 54
5. Bewertungsmethode 55

II. Ergebnisse 56

1. Daten über das Klientel 56
2. Alkoholkrankenfürsorge 57
3. Bewertung des Erfolgs der Fürsorgemaßnahmen 60

III. Fallbeispiele 63

E. DISKUSSION 69

I. Die Versorgung der Alkoholkranken in der Region Franken 69

II. Die Alkoholkrankenfürsorge durch die Staatlichen Gesundheitsämter 70

III. Die Effektivität der Alkoholkrankenfürsorge 72

F. ZUSAMMENFASSUNG 75

G. LITERATURVERZEICHNIS 76

A. EINLEITUNG

Der Alkoholismus in der Bundesrepublik Deutschland stellt aus sozialhygienischer Sicht ein zunehmend ernster werdendes gesundheits- und damit gesellschaftspolitisches Problem dar. Den staatlichen und freien Trägern der Alkoholkrankenfürsorge stellt sich die Frage, wieweit die von ihnen getroffenen Maßnahmen den vom Alkoholismus Betroffenen wirksam zu helfen in der Lage sind.

Auf Anregung von Herrn Professor Dr. Walter Steuer habe ich mir zur Aufgabe gestellt, Aussagen über die Effektivität der Alkoholkrankenfürsorge in der baden-württembergischen Region Franken zu machen. Nach einer Beschreibung der in der Region vorhandenen Einrichtungen der Alkoholkrankenfürsorge wird mit Hilfe einer Erhebung die Tätigkeit der Staatlichen Gesundheitsämter im Bereich der Alkoholkrankenfürsorge dargestellt. Die Auswertung von insgesamt 226 Akten Alkoholkranker soll einen Einblick in diesen speziellen Bereich der Fürsorge ermöglichen und die Effektivität der Arbeit zu beurteilen versuchen.

B. LITERATUR

I. ALKOHOLISMUS - TERMINOLOGIE, DEFINITION UND DIAGNOSE

1. Alkoholismus - Terminologie

Im Zusammenhang mit 'Alkoholismus', einem "etwas verschwommenen Begriff" (FEUERLEIN), werden häufig die Termini 'Mißbrauch', 'Gewöhnung', 'Sucht' und 'Abhängigkeit' nebeneinander und mißverständlich verwandt, so daß eine Abgrenzung hier nötig erscheint.

Unter Mißbrauch versteht man allgemein den Gebrauch einer Sache in einer Weise, die vom üblichen Gebrauch bzw. vom ursprünglich dafür gesetzten Zweck abweicht. Als Alkoholmißbrauch wird ein gegenüber den jeweiligen soziokulturellen Normen überhöhter Konsum von Alkohol bezeichnet. Ein Alkoholmißbrauch liegt auch dann vor, wenn Alkohol bei unpassenden Gelegenheiten, z.B. im Straßenverkehr, getrunken wird, oder wenn es durch die Alkoholwirkung zu vorübergehenden Veränderungen der psychischen und/oder physischen Funktionen des Konsumenten (z.B. Rauschzustand) kommt. (25)

Die Begriffe 'Gewöhnung' und 'Sucht' wurden 1952, und 1957 verbessert, vom Expertenkomitee der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für suchterzeugende Drogen definiert. (74)

'Drogengewöhnung' bezeichnet danach einen Zustand, der vom wiederholten Genuß einer Droge herrührt und mit folgenden Kennzeichen verbunden ist:

a) Verlangen (aber nicht Zwang), die Drogen weiterhin zu nehmen;
b) geringe oder fehlende Tendenz, die Dosis zu erhöhen;
c) eine gewisse psychische, aber keine physische Abhängigkeit;
d) schädliche Auswirkungen, falls vorhanden, bleiben auf das Individuum beschränkt.

'Drogen-Sucht' bezeichnet einen Zustand von periodischer oder chronischer Vergiftung durch den Genuß einer Droge. Zu den Kennzeichen gehören:

a) ein überwältigendes Verlangen oder Bedürfnis (Zwang), die Droge weiterhin zu nehmen;

b) eine Tendenz, die Dosis zu erhöhen;
c) eine psychische und physische Abhängigkeit von den Wirkungen der Droge;
d) schädliche Auswirkungen auf das Individuum und auf die Gesellschaft.

Wegen mangelnder Praktikabilität wurden die Begriffe 'Gewöhnung' und 'Sucht' 1964 von der WHO durch den Begriff 'Abhängigkeit' ersetzt. Dieser Begriff ist zur näheren Kennzeichnung stets mit der Drogenart zu verbinden. (19)

'Drogenabhängigkeit' allgemein ist danach definiert als ein Zustand von psychischer oder physischer Abhängigkeit oder beides von einer Droge. Eine (Drogen-) Abhängigkeit vom Alkoholtyp besteht dann, wenn der Alkoholverbrauch eines Menschen das von seiner Kultur akzeptierte Maß übersteigt, wenn er Alkohol bei Gelegenheiten zu sich nimmt, die innerhalb dieser Kultur für unangemessen gehalten werden, oder wenn sein Alkoholverbrauch so groß wird, daß seine Gesundheit geschädigt und seine sozialen Beziehungen verschlechtert werden.

Kennzeichen der Abhängigkeit vom Alkoholtyp sind: (19)
a) Psychische Abhängigkeit unterschiedlicher Stärke;
b) Auftreten einer physischen Abhängigkeit und Entstehen eines Abstinenzsyndroms;
c) Toleranzentwicklung in geringem Ausmaß;
d) pathologische Veränderungen an der Oberfläche von Geweben.

2. Definitionen des Alkoholismus

Die WHO erstellte im Jahre 1952 eine Definition, wonach unter Alkoholikern exzessive Trinker zu verstehen sind, deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, daß sie deutliche geistige Störungen oder Konflikte in ihrer körperlichen und geistigen Gesundheit, ihren mitmenschlichen Beziehungen, ihren sozialen und wirtschaftlichen Funktionen aufweisen oder Prodromi einer solchen Entwicklung zeigen. (73)

Mit der vage gestalteten Definition: "Alkoholismus ist jeder Gebrauch von alkoholischen Getränken, der dem Individuum oder der Gesellschaft oder beiden irgendeinen Schaden verursacht", hat JELLINEK 1960 die Erstellung von Alkoholismus-Typen verbunden. (38)
Er unterscheidet:

Alpha-Alkoholismus. Hier liegt eine rein psychische Abhängigkeit vor. Durch das Trinken kommt es zur Erleichterung eines körperlichen Schmerzes oder einer seelischen Störung. JELLINEK wertet diese Form des Alkoholismus als Symptom einer Krankheit. Es kommt zu Störungen der zwischenmenschlichen Beziehungen und zu ökonomischen Schäden.

Beta- Alkoholismus. Durch schweres, häufig soziokulturell bedingtes Trinken kommt es zu alkoholbedingten Komplikationen wie Polyneuropathie, Gastritis oder Leberzirrhose. Psychische oder physische Abhängigkeit treten nicht auf.

Gamma- Alkoholismus. Zunehmende psychische und physische Abhängigkeit und auffallende Verhaltensänderung bestimmen diesen Alkoholismus-Typ. Kennzeichen sind Toleranzentwicklung, Auftreten von Entzugssymptomen und Kontrollverlust. Es kommt zu schwersten körperlichen, psychischen und sozioökonomischen Schäden.

Delta-Alkoholismus. Hauptkennzeichen ist eine ausgeprägte physische Abhängigkeit, die sich in der Unfähigkeit zur Abstinenz äußert. Schon kurzzeitige Abstinenz führt zur Manifestation von Entzugssymptomen. Soziokulturelle Elemente spielen in der Entstehung eine bedeutende Rolle; besonders häufig ist der Delta-Alkoholismus in Weinländern zu beobachten. Die Verhaltensänderungen sind im Vergleich zum Gamma-Alkoholiker geringer.

Gamma- und Delta-Alkoholismus stellen nach JELLINEK eine Krankheit im eigentlichen Sinne dar.

3. Alkoholismus - Alkoholkrankheit

In seinen Forschungen sieht JELLINEK (38) schon in der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts Ansätze für ein Verständnis des Alkoholismus als Krankheit. In den Charakteristika des Gamma- und Delta-

Alkoholismus erkennt er pathophysiologische Veränderungen und psychopathologische Störungen, die sich von jeder anderen präalkoholischen Psychopathologie unterscheiden. Er folgert, daß diese zu unnormalen Formen des Alkoholkonsums führenden Prozesse als Krankheit im eigentlichen Sinn zu bewerten sind.

Durch Urteile des Bundessozialgerichtes 1968 wurde der Alkoholismus als Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinn anerkannt und damit der durch die Ergebnisse von JELLINEK erhobenen Forderung stattgegeben. Dennoch ist die Meinung nicht einhellig. So urteilt z.B. ENGEL (22), Trinken im Übermaß sei ebensowenig eine Krankheit wie Bosheit, Zaghaftigkeit, Eigensinn oder sonstige Charakterschwächen. FEUERLEIN betont demgegenüber, daß dem klassischen medizinisch-naturwissenschaftlichen Krankheitsmodell das tiefenpsychologisch-psychosomatische und das juristisch-soziologische Modell gegenübergestellt werden müsse. Der Krankheitsbegriff des Alkoholismus ermögliche den therapeutischen Ansatz, trage durch seine Wertneutralität zur Enttabuisierung des Alkoholismus bei und stelle in gewisser Hinsicht eine Ich-Entlastung des Patienten dar. (25)

4. Die Diagnose des Alkoholismus

Die Diagnosestellung bei Alkoholikern ist schwer objektivierbar und muß aus der wechselnden Kombination von körperlichen, psychischen und sozialen Symptomen erschlossen werden. Mit dem pathologischen Trinkverhalten als viertem Definitionsparameter hat sich der Münchner Alkoholismustest als Hilfsmittel bewährt. (26)

II. EPIDEMIOLOGIE

1. Die Häufigkeit des Alkoholismus in der BRD

Voraussetzung für eine effektive Alkoholkrankenfürsorge ist eine umfassende Epidemiologie des Alkoholkonsums und der Alkoholkrankheit. Die epidemiologische Erforschung des Alkoholismus ist mit einer Vielzahl von Problemen behaftet, die FEUERLEIN (24) wie folgt zusammenfaßt:

1. die Schwierigkeit der begrifflichen Abgrenzung (wie wird Alkoholismus definiert?);
2. die Diagnosestellung (wer ist alkoholkrank?);
3. die Tabuisierung bzw. Bagatellisierung des Alkoholismus durch die Gesellschaft, welche die Erfassung erschweren.

1.1. Indirekte Methoden in der Ermittlung der Alkoholismus-Prävalenz

Die Regel nach LEDERMANN stellt ein statistisches Annäherungsverfahren zur Schätzung der Alkoholismus-Prävalenz dar. Ausgehend vom Pro-Kopf-Verbrauch an Alkohol wird auf die Anzahl der starken Alkoholkonsumenten einer Population hochgerechnet. Der Pro-Kopf-Verbrauch an reinem Alkohol betrug 1978 in der Bundesrepublik Deutschland 12,29 Liter. (57) Die Entwicklung des Alkoholkonsums in der Bundesrepublik Deutschland seit 1950 zeigt Abbildung 1.

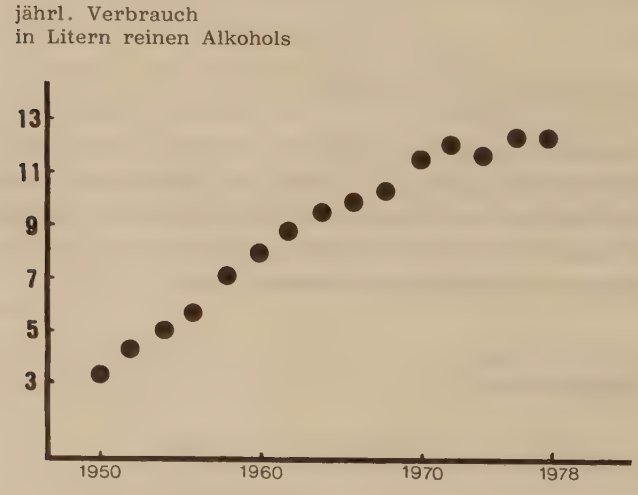

Abb. 1: Der jährliche Verbrauch von reinem Alkohol in der Bundesrepublik Deutschland und in Berlin (West) 1950 - 1978 (Angaben aus: Jahrbuch zur Frage der Suchtgefahren 1980, Neuland-Verlagsgesellschaft, Hamburg)

Eine zweite indirekte Methode ist die Formel nach JELLINEK. Auf der Basis von Daten über die Mortalität an Leberzirrhose in einer Population wird auf die Alkoholismushäufigkeit hochgerechnet (Beschreibung der Methoden u.a. in STEINBRECHER, SOMS: "Sucht und Mißbrauch", III, 17). (62)

Die indirekten Methoden zur Ermittlung der Alkoholismusprävalenz sind ungenau und wenig informativ (65) und dementsprechend heute von geringer Bedeutung.

1.2. Epidemiologische Felduntersuchungen

Die zur Zeit gültigen Zahlen zur Alkoholismusprävalenz basieren auf Repräsentativbefragungen der Normalpopulation. Im Unterschied zu den indirekten Methoden ermöglichen Felduntersuchungen eine analytische Epidemiologie. Arbeits- und Lebensbedingungen als potentielle Entstehungsfaktoren können in die Forschung einbezogen werden und bieten Ansatzpunkte für die Bekämpfung des Alkoholismus. (65)

Nach einer Hochrechnung aufgrund einer Repräsentativerhebung im Sommer 1973 unter der erwachsenen Bevölkerung des Bundeslandes Bremen wird die Zahl der manifest Alkoholkranken in der BRD und West-Berlin auf 1,2 - 1,8 Millionen, entsprechend 2 - 3 % der Gesamtbevölkerung, geschätzt. (72)

Mit ähnlichen Zahlen, aber einer anderen Bewertung, rechnet die Deutsche Bundesregierung. (16) Sie geht aus von einer Zahl von 1 439 000 Alkoholgefährdeten, entsprechend 2,2 % der Gesamtbevölkerung, und definiert Alkoholgefährdung als täglichen Konsum von umgerechnet mehr als 100 Gramm absoluten Alkohols. Der Anteil derjenigen, die an Alkoholfolgekrankheiten leiden, müsse deutlich niedriger liegen. Die Zahlen der Bundesregierung beruhen auf einer Studie von Infratest aus dem Jahre 1976.

In einer Studie über "Das Trinkverhalten der Deutschen" stellt S. WIESER eine Typologie der Alkoholkonsumenten nach Trinkhäufigkeit und Menge auf: (71)

4 - 5 %	der Bevölkerung sind absolut abstinent
ca. 20 %	stehen dem Alkohol eigentlich ablehnend gegenüber,

trinken aber doch ab und zu, dann aber nur aus gesellschaftlichem Zwang und nur gerade so viel wie nötig, um ungeschriebene Regeln der Gastfreundschaft o.ä. nicht zu verletzen.

30 - 35 % trinken zwar nicht nur aus gesellschaftlichem Zwang, aber doch nur recht selten und wenig, wenn auch zum Teil mit gewisser Regelmäßigkeit.

30 - 35 % trinken häufig, aber "in Maßen" (mehrmals pro Woche).

ca. 5 % trinken regelmäßig sehr viel (mindestens 100 Gramm absoluten Alkohol täglich).

Für Alkoholkranke im medizinischen Sinn hält WIESER etwa 1,2 - 1,5 % der Bevölkerung.

Die Differenzen in den angegebenen Zahlen zur Alkoholismusprävalenz und deren Bewertung sind evident. Mit FRANKE (28) ist festzuhalten: "Obwohl zumindest aus sozialhygienischer Sicht kein begründeter Zweifel daran bestehen kann, daß wir ein ernstes gesundheits- und damit gesellschaftspolitisches Problem haben, welches mit dem Mißbrauch alkoholischer Getränke verbunden ist, gibt es bislang dafür keine ausreichenden repräsentativen statistischen Belege."
Die geschätzte Zunahme der Alkoholkranken seit 1955 verdeutlicht Abbildung 2.

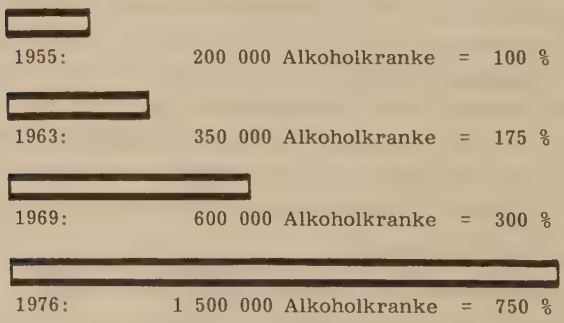

Abb. 2: Geschätzte Zunahme der Alkoholkranken seit 1955
(aus: Die Alternative: Alkoholfrei; Faltblatt der Arbeitsgemeinschaft der deutschen Abstinenzverbände, Stuttgart)

1.3. Alkoholismusprävalenz bei Frauen und Jugendlichen

Der Anteil der Frauen unter den Alkoholkranken hat sich von 5 - 10 % früherer Jahrzehnte auf 25 - 30 % in der neueren Zeit verschoben. (13) Nach WANKE besteht das Klientel der Alkoholkranken verschiedener stationärer Einrichtungen in der BRD durchschnittlich zu 31 % aus Frauen. (68)

Zuverlässige Zahlen über das Ausmaß des Alkoholmißbrauchs und der Alkoholkrankheit unter Jugendlichen liegen nicht vor. (16) Nach GRUNER wird der Anteil Jugendlicher (bis 25 Jahre) auf 7 - 9 % aller Alkoholabhängigen geschätzt. (31)

2. Kosten des Alkoholismus

Schadenszahlen können nur einen unwesentlichen Teil dessen, was der Alkoholkonsum mit sich bringt und was es zu bekämpfen gilt, erfassen. Ihr Wert beruht darin, den Problembereich zu illustrieren. (27)

Kosten entstehen durch
- Aufwendungen zur Heilung Alkoholkranker
- Aufwendungen für die Sozialhilfe Alkoholkranker
- erhöhte Sterblichkeit
- Schäden im Betrieb durch Produktionsminderung und -verlust bei Unfällen
- Schäden durch Unfälle im Straßenverkehr
- Schäden durch Kriminaldelikte

Aus der Sicht der Deutschen Rentenversicherungsträger betrug die geschätzte Alkoholschadensumme für das Jahr 1975 25 - 30 Milliarden DM. In dieser Summe sind Kosten durch alkoholbedingte Verkehrsunfälle, Kriminaldelikte und der Verlust am Bruttosozialprodukt noch nicht berücksichtigt. (20)

Der Anteil der alkoholbeeinflußten Verursacher an den bei schweren Verkehrsunfällen Getöteten und Verletzten im Bundesgebiet einschließlich West-Berlin zeigt die Bedeutung des Alkohols im Straßenverkehr auf. Bei insgesamt 14 820 Verkehrstoten im Jahre 1976 wurde in 21,5 %

(3 184 Getötete) eine alkoholbedingte Verursachung polizeilich gesichert. Wegen einer hohen Dunkelziffer muß in Wirklichkeit ein Anteil von 40 % - für 1976 also etwa 6 000 Verkehrstote - angenommen werden. (10)

III. DIE ALKOHOLKRANKENFÜRSORGE

1. Fürsorge - Sozialarbeit

1.1. Zum Begriff 'Fürsorge'

Die neuere Literatur auf dem Gebiet der Suchtkrankheiten gebraucht auffallend selten den Begriff 'Fürsorge'. Statt 'Offener Fürsorge' und 'Anstaltsfürsorge' der früheren Nomenklatur spricht man von 'Ambulanter Beratung und Behandlung' und von einer komplexen 'Kurz-, Mittel- oder Langzeittherapie' des Alkoholkranken in speziell dafür eingerichteten Fachkliniken.

Diesem Wechsel der Begriffe vorausgegangen ist eine Entwicklung in der Berufsbezeichnung der mit der Alkoholkrankenfürsorge besonders betrauten Personen. Sie läßt sich in der Reihenfolge 'Gesundheitsfürsorgerin - Gesundheitspflegerin - Sozialarbeiter' skizzieren. (36)

1.2. Von der 'Fürsorge' zur 'Sozialarbeit'

H. ZEIT sieht den Unterschied der Begriffe in der 'Verwissenschaftlichung' der Sozialarbeit gegenüber der Fürsorge. Mit Verwissenschaftlichung ist dabei in der Hauptsache die "Anwendung und Einbeziehung bestimmter Wissenschaften wie der Anthropologie, der Psychologie, der Soziologie und anderer" gemeint. Obwohl in der Sozialarbeit "angesichts der Not vieler Menschen die Reflexion über die geleistete Hilfe, Untersuchungen über Wirksamkeit und Verlauf, Richtigkeit oder Unrichtigkeit ihres Ansatzes hinter den Zwang, jetzt und hier zu helfen, zurücktreten" (ZEIT) (77), sind "Intuition, ein gesunder Menschenverstand und ein 'gutes Herz' notwendig und wün-

schenswert, aber nicht ausreichend. Fachliches Wissen und ein durch Übung gewonnenes Können gehören unumgänglich dazu" (ZEIT). (76) Die Methode als systematische zweckgerichtete Art des Handelns soll ein "Versuch-Irrtum-Lernen auf Kosten des Klienten vermeiden helfen". (76)

In dem festzustellenden Begriffswandel 'Fürsorge' - 'Sozialarbeit' ist weiterhin, zumindest in Anfängen, eine Entwicklung aufgezeigt, welche die Ursachen von Problembereichen wie des Alkoholismus nicht mehr allein im einzelnen Individuum sieht, sondern auch in krankmachenden Bedingungen unserer Gesellschaft. Für die Alkoholkrankenfürsorge heute folgt, daß sie nicht nur soziale Einzelhilfe (social casework) und soziale Gruppenarbeit (social groupwork), sondern auch soziale Gemeinwesenarbeit (social communitywork) zu leisten habe. (76)

Zum Gebrauch der Begriffe 'Fürsorge' und 'Sozialarbeit' ist festzustellen, daß sie häufig austauschbar nebeneinander angewandt werden.

1.3. Funktionen der Fürsorge bzw. Sozialarbeit

FRIEDLÄNDER kennzeichnet nach traditionellem Selbstverständnis Fürsorge bzw. Sozialarbeit durch folgende demokratische Grundsätze: (29)

a) durch die Überzeugung von dem immanenten Wert, der Integrität und der Würde des Individuums;
b) durch das Recht des Individuums, selbst zu bestimmen, welches seine Bedürfnisse sind und wie sie befriedigt werden sollen;
c) durch den Glauben an gleiche Chancen für alle, die allein begrenzt sind durch die angeborenen Fähigkeiten des Individuums;
d) durch die Überzeugung, daß die Rechte des Menschen auf Selbstachtung, Würde, Selbstbestimmung und gleiche Chancen zu einer sozialen Verantwortung sich selbst gegenüber, gegenüber seiner Familie und seiner Gesellschaft in Beziehung stehen.

Ziele der Sozialarbeit sind danach insbesondere die Unterstützung des Einzelnen, der Familie oder einer Gruppe von Personen in ihren sozialen Beziehungen, die Verbesserung der allgemeinen sozialen Beziehungen durch Anhebung des gesundheitlichen und wirtschaftlichen Stan-

dards und eine konstruktive soziale Gesetzgebung. Der Einzelne soll zu einer realistischen Einschätzung seiner Lage befähigt werden, um sie dann mit eigener Kraft zu verbessern. Die Sozialarbeit hat ferner das Ziel, dem Einzelnen und seiner Familie zu helfen, grundlegende wirtschaftliche Sicherheit aus den Leistungen der Einrichtungen der sozialen Sicherung zu erlangen. (29)

Eine davon völlig verschiedene Sicht der Funktion der Sozialarbeit wird von HOLLSTEIN vertreten. (35) Zusammengefaßt sieht er die Sozialarbeit

a) als Reproduktionsagentur zur Erhaltung des Arbeitskraftpotentials;
b) als Sozialisationsagentur zur Vermittlung der in der Gesellschaft gültigen Normen;
c) als Kompensationsagentur, die individuell Mängel und Ungerechtigkeiten des sozialen Systems, die dieses aufgrund der Klassenstruktur immer wieder neu kollektiv aus sich hervorbringt, ausgleiche;
d) als Oppressionsagentur und Disziplinierungsagentur, um unter anderem durch Registrierung und Dokumentation von sozialen Problemen sich Möglichkeiten der sozialen Kontrolle zu verschaffen und durch individuell gewährten Trost systembedingte Ungerechtigkeiten zu verdecken.

Zu der Frage, wie sich die Wirklichkeit der praktischen Sozialarbeit zum traditionellen Selbstverständnis (wie es von FRIEDLÄNDER beschrieben ist) und zur kritischen Funktionsbestimmung durch HOLLSTEIN verhält, äußert ALBRECHT (1) "erhebliche Zweifel", daß die Sozialarbeit tatsächlich dem idealistischen Bild des traditionellen Selbstverständnisses "auch nur annähernd nahekomme".

ALBRECHT macht wahrscheinlich, daß unter anderem strukturelle Arbeitsplatzbedingungen in der Sozialarbeit, wie zu geringe personelle Ausstattung der Institution, zu starke Belastung mit administrativen Dingen und zu große Fallzahlen die Möglichkeit ausschließen, dem Selbstverständnis der Sozialarbeit zu entsprechen. Das methodische Instrumentarium der traditionellen Sozialarbeit berge zudem die Gefahr der Individualisierung vorliegender Probleme auch bei erkannter sozialer Genese in sich und verringere die Chancen einer kollektiven Lösung. Als weitere mögliche Ursache für die zu konstatierende Dis-

krepanz zwischen Selbstverständnis und Realität der Sozialarbeit führt ALBRECHT ein zu starkes Haften an Traditionen und festgefahrenen Modellen an. Dies betreffe sowohl die Öffentlichkeit und die kommunale Verwaltung wie auch die freien Träger der Sozialarbeit.

1.4. Ziele der Alkoholkrankenfürsorge

BAUMEISTER spricht von "Erziehungszielen der Suchtkrankenfürsorge" und unterscheidet ein Fernziel von einem Nahziel. Fernziel ist "die Neuformung der ganzen Persönlichkeit" des Alkoholkranken. Sie kann vollzogen werden durch "das Wecken höherer Bedürfnisse (Literatur, Kunst, Musik), durch eine Nachreifung der Persönlichkeit, durch Neuordnung des religiösen Lebens und die Eingliederung des 'Ehemaligen' in die Fürsorge für andere". Voraussetzung dafür ist als Nahziel die Suchtmittelenthaltung (Totalabstinenz). (8)

Hauptziel der Therapie eines Alkoholkranken ist es nach FEUERLEIN, "aus dem Kranken eine körperlich und psychisch beschwerde- und symptomfreie Persönlichkeit in sozialer Selbständigkeit zu machen" unter Berücksichtigung der Gegebenheiten der Grundpersönlichkeit und der Schwere der Störung. Auch er macht die Totalabstinenz zur Voraussetzung jeder weiteren Therapie. (25)

Diskussionen darüber, ob kontrolliertes Trinken als eine Alternative zur Totalabstinenz möglich ist, sind in letzter Zeit vermehrt geführt worden. Das Kriterium, das für das therapeutische Ziel des kontrollierten Trinkens bei einer kleinen Gruppe von Alkoholikern von maßgebender Bedeutung ist, ist nach SONDHEIMER das Stadium bzw. der Typ des Alkoholismus. Liegt eine körperliche Abhängigkeit mit deutlicher Toleranzsteigerung und Entzugssyndrom vor im Sinne des Gamma- oder Delta-Alkoholikers, ist kontrolliertes Trinken nicht möglich. (60)

Bei Anfangsstadien der Suchtentwicklung, in denen nur seelische Abhängigkeit vorliegt, könnte die Indikation für das Therapieziel "kontrolliertes Trinken" bestehen. Dies gelte für Alpha- und Beta-Alkoholiker und für Gamma-Alkoholiker im Prodromalstadium, "also für Alkoholiker, bei denen es sich genau genommen immer noch um Alkoholgefährdete, aber nicht um Alkoholkranke handelt" (SONDHEIMER). (60)

2. Formen der Alkoholkrankenfürsorge

2.1. Die Entwicklung nach dem zweiten Weltkrieg

Der Komplexität in der Entstehung und der Vielfalt in den Erscheinungsformen der Alkoholkrankheit entsprechend sind im Laufe der Zeit verschiedenartige Einrichtungen und Formen der Alkoholkrankenfürsorge geschaffen worden. Durch die Vorschläge der Sachverständigen-Kommission über die Lage der Psychiatrie in der BRD (Psychiatrie-Enquête) und die Aktionsprogramme des Bundes und der Länder ist zur Zeit eine Intensivierung dieser Entwicklung zu beobachten.

Grundsätzlich kann eine Einteilung getroffen werden in

1. ambulante Alkoholkrankenfürsorge;
2. stationäre Alkoholkrankenfürsorge, wobei zu unterscheiden ist zwischen
   a) freiwilliger stationärer Behandlung in 'offenen' Heilstätten bzw. Fachkliniken,
   b) nicht freiwilliger stationärer Behandlung in 'geschlossenen' und 'halboffenen' Einrichtungen.

Nach 1945 waren, neben den Abstinenzverbänden mit ehrenamtlicher Arbeitsform, zwei Institutionen, in denen hauptamtlich und methodisch gearbeitet wurde, gegeben:

1. die sogenannten Beratungsstellen für Suchtkranke;
2. die Heilstätten für Alkoholkranke.

"In den Beratungsstellen für Suchtkranke sollten Alkoholkranke oder deren Angehörige Rat und Hilfe finden. Ein oder mehrere Sozialarbeiter, ganz oder teilweise für das Aufgabengebiet 'Suchtkrankenhilfe' angestellt, boten Beratungsstunden an, machten Hausbesuche, führten Einzelgespräche, beantragten 'Kuren' oder auch Entmündigungen, regelten ungeordnete finanzielle Verhältnisse, halfen bei der Arbeitsbeschaffung, vertraten den Kranken oder seinen Ehepartner beim Behördenverkehr, planten Arztbesuche und schlichteten Ehestreitigkeiten" (ECKHARDT). (18)

Diese Form der Fürsorge, u.a. auch bei BAUMEISTER (8) beschrieben, überläßt die Alkoholkrankentherapie den vorhandenen Heilstätten. Zur Vorbereitung der Heilstättenbehandlung, insbesondere zur Durch-

führung einer fachärztlichen Untersuchung und eventuell notwendigen Maßnahmen einer Zwangseinweisung wird auf die vom Gesetzgeber vorgesehene Mithilfe des Gesundheitsamtes verwiesen. Als wichtiger Faktor für den Behandlungserfolg wird die Mitgliedschaft bei einem der Abstinenzvereine angesehen.

Eine spezifische stationäre Alkoholkrankentherapie fand bis von ca. 10 Jahren fast ausschließlich in den nach Angaben der Psychiatrie-Enquête jetzt 31 Fachkliniken (14), ehemals Heilstätten genannt, statt. Diese werden in der Mehrzahl von freien Trägern unterhalten und umfassen zusammen etwa 3 000 Plätze. Die größere Anzahl der Alkoholkranken, besonders diejenigen mit weniger guter Prognose, sowie zwangseingewiesene Alkoholkranke, wurde, vielfach noch bis Anfang der siebziger Jahre, in den zuständigen psychiatrischen Landeskrankenhäusern untergebracht. Dort "fühlte man sich für diese Patientengruppe nicht bzw. nur für die psychiatrischen und neurologischen Folgeerscheinungen des Alkoholismus und abnorme Reaktionen unter Alkoholeinwirkung zuständig" (ANDRITSCH). (3)
Eine schematische Gesamtdarstellung der u.a. bei BAUMEISTER beschriebenen Alkoholkrankenfürsorge zeigt Abbildung 3.

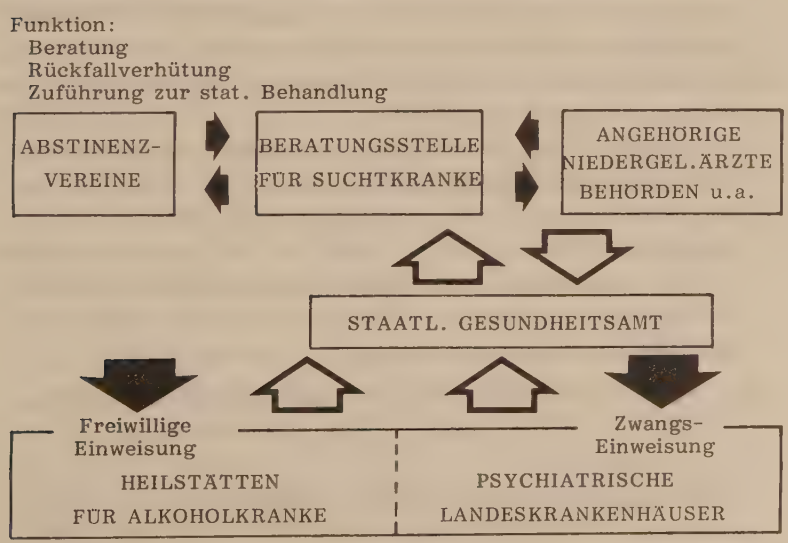

Abb. 3: Vereinfachtes Schema der herkömmlichen Alkoholkrankenfürsorge

2.2. Die Vorschläge der Psychiatrie-Enquête

Die Arbeitsgruppe "Suchtkranke" der Enquête zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland stellte auf der Basis einer Analyse der gegenwärtigen Situation im Bereich der Suchtkrankenversorgung fest, daß derzeit die Verhältnisse als "weitgehend unzureichend" zu bezeichnen sind. In mehrjähriger Arbeit wurde ein Programm erstellt, das einen Prototyp in der Versorgung Suchtkranker darstellen soll. Entsprechend den heutigen Erkenntnissen über die Entstehungsbedingungen, den Verlauf, die Symptomatologie und den Krankheitscharakter der Abhängigkeit ist es dabei zur Änderung des methodischen Ansatzes in der Suchtkrankenbetreuung gekommen. Der Schwerpunkt bei der Behandlung der Abhängigkeit liegt jetzt in der ambulanten Betreuung. (14)

Als wichtige Leitprinzipien für die bedarfsgerechte Versorgung von Alkoholabhängigen werden zusammengefaßt genannt:

1. Bei zahlreichen Alkoholikern genügt allein eine intensive ambulante Behandlung. Die stationäre Behandlung ist Glied einer Behandlungskette und kann einer späteren ambulanten Behandlung vorangehen.
2. Im Mittelpunkt der Betreuung von Abhängigen soll eine gemeindenah gelegene Fachambulanz stehen. Diese soll eng mit allen anderen Trägern der nicht-stationären Suchtkrankendienste zusammenarbeiten.
3. Eine enge Integration dieser ambulanten Dienste mit den stationären Einrichtungen muß gewährleistet sein.
4. Durch die Errichtung von Fachabteilungen mit differenziertem Therapieangebot soll eine größere Effektivität der Suchtkrankenbehandlung in Psychiatrischen Landeskrankenhäusern erreicht werden.
5. Die Selbsthilfeorganisationen spielen eine entscheidende Rolle bei der Stabilisierung der Kranken.

Nach den Vorstellungen der Sachverständigenkommission sollen folgende Einrichtungen ein regionales Versorgungssystem bilden:

A Eine Fachambulanz
B Einrichtungen zur kurz-, mittel- und langfristigen stationären Behandlung
C Einrichtungen im Übergangsbereich

Die Vorschläge der Psychiatrie-Enquête sind, wie KEUP es bewertet, "ein aus vielen Köpfen stammender Kompromiß, der eine optimale Versorgung psychisch Kranker aller Arten zum Ziel hat", wobei zunächst von den "natürlichen Grenzen", der Verfügbarkeit von Geld und Personal, abgesehen worden sei. (40) Dennoch kann davon ausgegangen werden, daß die Entwicklung auf dem Gebiet der Suchtkrankenfürsorge weitgehend in die hier vorgegebene Richtung geht.

In der Abbildung 4 (siehe nächste Seite) ist das integrierte Versorgungssystem für Suchtkranke nach den Vorschlägen der Psychiatrie-Enquête schematisch dargestellt.

3. Indikationskriterien für die Behandlung der Alkoholkranken

Wie im Schema nach KEUP aufgezeigt, erfolgt die Behandlung des Alkoholkranken in einem Behandlungsgefüge. Dieses beinhaltet: (67)
- die Kontaktphase
- die Entgiftungsphase
- die Entwöhnungsphase
- die Nachsorgephase

Ausgehend davon, daß die ambulante Versorgung die Hauptrolle in der Alkoholkrankenversorgung spielt, und eine stationäre Behandlung nur dann angezeigt ist, wenn eine ambulante Behandlung nicht indiziert ist oder aber erfolglos war, wurden für die jeweilige Behandlungsform Indikationskriterien zusammengestellt. (67)

3.1. Indikationskriterien für ambulante Behandlung

1. Krankheitseinsichtige Abhängige ohne schwerere Störungen auf seelischem, körperlichem und/oder sozialem Gebiet.
2. Vorbereitung einer sich anschließenden stationären Behandlung.
3. Weiterbehandlung nach Entlassung aus einer Fachklinik.
4. Abhängige mit leichteren körperlichen, seelischen und sozialen Störungen, sofern ein Nachsorgesystem verfügbar ist.

Es wird angefügt, daß eine ambulante Behandlung durch kurzfristige stationäre Maßnahmen sinnvoll ergänzt werden kann.

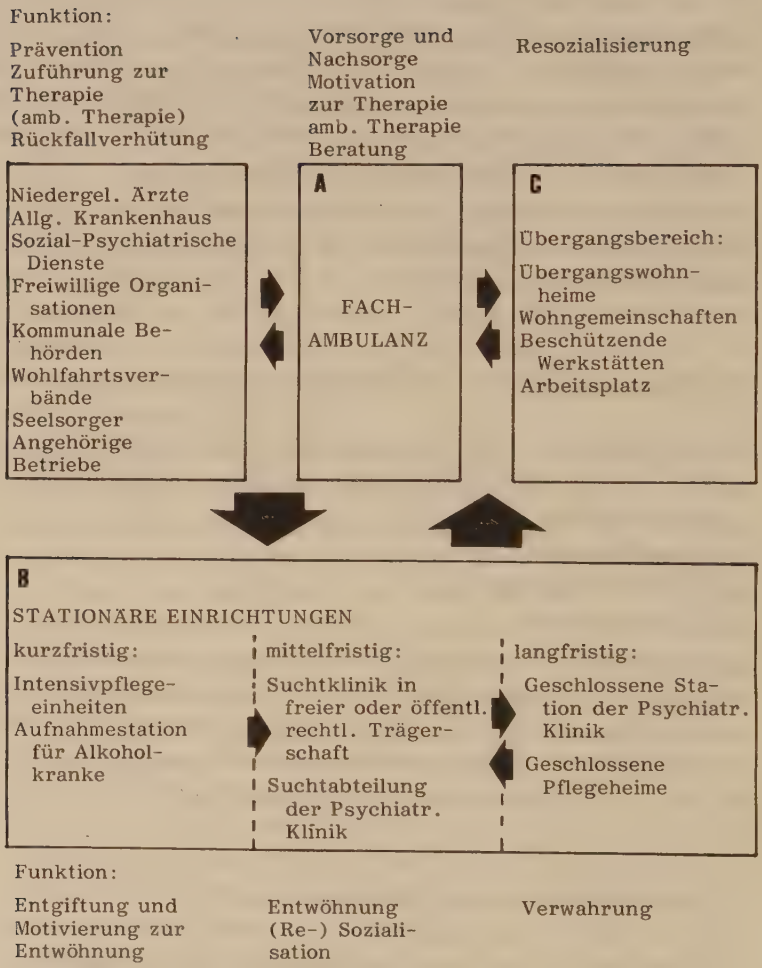

Abb. 4: Das integrierte Versorgungssystem für Suchtkranke nach den Vorschlägen der Psychiatrie-Enquête
Schema nach KEUP (40)

3.2. Indikationskriterien für mittelfristige stationäre Behandlung (Dauer ca. 6 Monate)

Abhängige mit mittelschweren oder schweren körperlichen und/oder seelischen oder sozialen Schädigungen.

3.3. Indikationskriterien für langfristige stationäre Behandlung (mehr als 6 Monate)

1. Abhängige mit schweren körperlichen und psychischen Suchtmittel-Folgeschäden, z.B. schweres organisches Psychosyndrom mit verlangsamter Rückbildungstendenz.
2. Abhängige mit schweren Störungen der praemorbiden Persönlichkeit, z.B. schizoide Neurosen.
3. Abhängige, bei denen die Behandlung durch eine Kombination von körperlichen, seelischen und sozialen Schäden besonders erschwert ist.

3.4. Indikationskriterien für eine nicht freiwillige stationäre Behandlung

1. Längerfristige fehlende Bereitschaft oder Fähigkeit zur freiwilligen Behandlung trotz bestehendem adäquaten Behandlungsangebot.
2. Langfristige, schwere Selbst- und/oder Fremdgefährdung durch die Suchtkrankheit.
3. In der Regel mehrere gescheiterte Behandlungsversuche.

Es wird von den Verfassern betont, daß diese aus Erfahrungen resultierenden Kriterien im Einzelfalle "elastisch" anzuwenden sind und weiterer Differenzierung, Absicherung und Modifizierung bedürfen. (67)

4. Die Arbeitsweise in der Alkoholkrankenfürsorge

4.1. Die ambulante Beratungs- und Behandlungsstelle

Die Ausstattung und Arbeitsform der Beratungsstellen für Suchtkranke, wie sie nach dem Kriege entstanden waren, wurden schon kurz beschrieben. Hier soll nun näher auf die von der Psychiatrie-Enquête geforderte Fachambulanz für Suchtkranke (oft auch als 'Psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstelle für Suchtkranke' bezeichnet) eingegangen werden.

Entsprechend den Vorschlägen der Psychiatrie-Enquête und des Fachausschusses "Suchtkrankenhilfe" der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (23) bestehen diese Stellen aus einem Team von haupt- und nebenamtlichen Mitarbeitern: Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen, Theologen, Diakone und andere Fachleute. STAHL betont, daß die fachliche Qualifikation eines derartigen therapeutischen Teams nur dann gegeben sei, wenn alle Mitarbeiter zu ihrer Grundausbildung eine therapeutische Zusatzausbildung absolviert haben und sich ständig weiterbilden. Weiterhin sei eine psychologisch unterstützte Reflexion der Arbeit z.B. durch außenstehende kompetente Fachleute im Rahmen einer Supervision unabdingbar. (61)

Die Methoden der ambulanten Suchtkrankenhilfe umfassen: (23)

Einzelhilfe:	Auskunft und Beratung
	klientenzentrierte Gesprächsführung
Gruppenarbeit:	Gruppentherapie
	kreative Gruppen
Familienberatung:	Familientherapie
	Ehepaar- und Angehörigengruppen
	Familienfreizeiten
Gemeinwesenarbeit	

Als notwendige Ergänzung dieser Maßnahmen ist die Arbeit freiwilliger Mitarbeiter in Abstinenzverbänden und Selbsthilfeorganisationen angeführt. Es wird außerdem auf die Notwendigkeit eines engen Kontaktes mit den stationären Einrichtungen hingewiesen. (23)

4.2. Die freiwillige stationäre Behandlung

Die stationäre Behandlung stellt in der Behandlungskette einen sehr intensiven Abschnitt dar. Von der Behandlung der Alkoholfolgekrankheiten in Allgemeinkrankenhäusern abgesehen finden spezifische "Entwöhnungsbehandlungen" in den Fachkliniken für Suchtkranke und in Spezialabteilungen der öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser statt. Im Jahre 1973 waren an 46 psychiatrischen Krankenhäusern solche Suchtfachabteilungen eingerichtet. (14)

Die Behandlungsdauer ist entsprechend den unterschiedlichen Therapieprogrammen der verschiedenen Fachkliniken und Entwöhnungsabteilungen unterschiedlich lang. KEUP et al. verweisen auf die Notwendigkeit sowohl von Kurz- als auch von Langzeitprogrammen, wobei deren Anwendung fallweise zu geschehen habe. (41) (Der Verband der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke versteht unter kurzfristiger Therapie eine solche von 4-12 Wochen, unter mittelfristig 6-9 Monate und unter langfristiger Therapie eine mehr als 9 Monate dauernde stationäre Behandlung. (66))

Die therapeutische Verfahrensweise bei stationärer Behandlung umfaßt: (23)

1. Körperliche Behandlung (medikamentös, physikalisch, roborierend)
2. Psychotherapie und Soziotherapie
   a) Gruppentherapie
   b) Einzeltherapie
   c) Arbeitstherapie
   d) Beschäftigungstherapie
   e) Nonverbale Therapie
   f) Gruppendynamische Verfahren
   g) Verhaltenstherapie
   h) Therapeutische Gemeinschaft
3. Anbieten und Erarbeiten von Sinn- und Wertbezügen
4. Einzeltherapie und Gruppentherapie mit Angehörigen

4.3. Die nicht freiwillige stationäre Behandlung

Eine Einweisung in eine psychiatrische Institution gegen den Willen des Kranken wird zwar als Freiheitsentzug gewertet, kann jedoch gem. Artikel 104 des Grundgesetzes auf der Basis eines Gesetzes und aufgrund eines Gerichtsbeschlusses erfolgen.

Nach den - in einzelnen Bestimmungen allerdings recht unterschiedlichen - Unterbringungsgesetzen der Länder gelten als Voraussetzungen für eine nicht freiwillige stationäre Behandlung: (33)

1. ein geistig-seelisches Kranksein
2. eine bestehende Fremd- und/oder Eigengefährdung.

Das geltende Unterbringungsrecht der Länder wird zum Teil weitgehend polizeirechtlich als Instrument zur Abwehr von Störungen der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung durch Geisteskranke angewandt. So wird beispielsweise bei der Begründung des bayerischen Verwahrungsgesetzes (Bayer. Landtag, 2. Legislaturperiode, Tagung 1951/52, Beilage 1985, S. 4) gesagt, ausschlaggebend für den Zweck und Inhalt des Gesetzes seien nicht gesundheitliche oder fürsorgerische, sondern ausschließlich sicherheitsrechtliche Gesichtspunkte. Hingegen ist in der Mehrzahl der Bundesländer in den entsprechenden Gesetzen bzw. in deren Auslegungen der Fürsorgegedanke stärker hervorgehoben. (55)

Das baden-württembergische Unterbringungsgesetz besagt zum Beispiel, daß bei der Gefahr der Verwahrlosung oder ernster Gesundheitsbeschädigung eine Unterbringung auch zulässig ist, ohne daß zusätzlich eine Gefahr für die öffentliche Sicherheit oder Ordnung vorliegen muß. (7) Die Gesetze von Berlin, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Hamburg stellen ebenfalls die Selbstgefährdung als selbständige Voraussetzung einer Unterbringung auf. (55)

Die Anwendung der Unterbringungsgesetze ist in diesem Rahmen auch für Suchtkranke vorgesehen.

In der Begründung des Regierungsentwurfs für das baden-württembergische Unterbringungsgesetz (Beilage Nr. 437 zu den Verhandlungen des Landtages, 1. Wahlperiode, S. 554) ist zur Unterbringung Suchtkranker ausgeführt, daß ein dringendes öffentliches Interesse

bestehe, Suchtkranke, die die erforderliche Einsicht nicht besitzen, auch zwangsweise einer Entziehungskur zuzuführen; das sei ein Akt der ärztlichen Fürsorge für den Suchtkranken. (55)

Die Möglichkeit einer zwangsweisen Unterbringung ist außerdem gegeben: (25)

1. durch ein Entmündigungsverfahren;
2. durch Errichtung einer Pflegschaft zum Zwecke der Aufenthaltsbestimmung;
3. im Rahmen der Maßregeln zur Sicherung und Besserung (§§ 63 und 64 StGB, § 93 a JGG).

Die gesetzliche Unterbringung Alkoholkranker erfolgt in die psychiatrischen Krankenhäuser der Länder. Durch die Errichtung von Entwöhnungsabteilungen hat sich die Situation für diese Gruppe der Alkoholkranken zwar gebessert, dennoch stellt die Unterbringung nach wie vor ein ärztlich-rechtliches Grenzproblem dar. (33) Die Gerichte stellen, wie HÄNDEL betont, zunehmend hohe Anforderungen an die Anordnung der Unterbringung, so daß eine Behandlung in einem Stadium, in welchem die Erfolgsaussichten noch wesentlich günstiger sind, ausgeschlossen ist. (32) Die geübte Zurückhaltung in der Unterbringung entspricht auch der Ansicht von HESS, wonach die Willenshaltung der Suchtkranken in Anbetracht der gesundheitlichen (Eigen-) Verantwortlichkeit weitgehend zu berücksichtigen sei. (33)

Die Autoren der Psychiatrie-Enquête gehen davon aus, daß die gesetzliche Unterbringung der Alkoholkranken primär auf einer geschlossenen Abteilung erfolgt. Der Schwerpunkt der Abteilung ist auf Bewahrung der Untergebrachten ausgerichtet bei Gewährleistung eines therapeutischen Mindestprogrammes: Aufklärung über den Krankheitscharakter des Alkoholismus, Arbeits- und Sozialtherapie, soweit die dem Kranken verbliebene Aktivität und sein körperlicher Zustand solche Behandlungsmaßnahmen erlauben. Oberstes Ziel dieser Maßnahmen soll es sein, die Bereitschaft zur Behandlung zu wecken, um den Kranken dann entsprechend zu behandeln und auf eine offene Station oder andere offene Behandlungsstätte verlegen zu können. (14)

4.4. Das geschlossene Pflegeheim

In den psychiatrischen Krankenhäusern ist die Anzahl der chronisch pflegebedürftigen Alkoholkranken mit teilweise ausgeprägten Alkoholfolgekrankheiten, z.B. Korsakow-Syndrom, im Anstieg begriffen. Für diese Gruppe der Suchtkranken wird in der Psychiatrie-Enquête die Einrichtung überregionaler Pflegeheime gefordert, um damit die psychiatrischen Krankenhäuser zu entlasten. In diesen Einrichtungen soll durch eine ausreichende therapeutische Betreuung auf eine Besserung hingearbeitet werden. (14, 17)

4.5. Übergangseinrichtungen

Für manche Alkoholkranke, insbesondere alleinstehende bzw. geschiedene, ist es nötig, den Übergang von der stationären Behandlung in ein selbständiges Leben in der Gesellschaft zu unterstützen.

BECKER bezeichnet die Übergangseinrichtungen als "Bindeglied zwischen Klinikaufenthalt und beruflicher Reintegration". Sie dienen Alkoholkranken, die beruflich nicht mehr integriert, einer vollstationären Behandlung nicht mehr bedürfen, andererseits jedoch weiterhin systematische psycho- und soziotherapeutische Behandlung sowie Anleitung brauchen, bevor sie voll eigenverantwortlich in ihr soziales Umfeld zurückkehren können. Solche Alkoholkranken müssen "grundsätzlich rehabilitationsfähig und an einer Integration in die Gesellschaft interessiert sein" (BECKER, 9).

FEUERLEIN nennt als allgemeine Voraussetzung für die Unterbringung in ein Übergangsheim, in Therapeutische Wohngemeinschaften, Nachtkliniken u.a. folgende drei Punkte: (25)

a) fehlende soziale Integration oder fehlende Bezugspersonen, vor allem dann, wenn zusätzlich eine geringe soziale Kontaktfähigkeit besteht;
b) gute Motivation, das Trinkverhalten zu ändern, und erfolgreich absolvierte stationäre Entwöhnungsbehandlung;
c) das Vorhandensein eines Arbeitsplatzes.

5. Träger der Alkoholkrankenfürsorge

5.1. Staatliche und freie Trägerschaft sowie unabhängige Organisationen

Bis zur Veröffentlichung des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens im Jahre 1934 waren es fast ausschließlich die freien Träger der Wohlfahrtspflege, insbesondere die Kirchen, die sich der Alkoholkrankenfürsorge angenommen hatten. Mit den Durchführungsverordnungen dieses Gesetzes kam den Staatlichen Gesundheitsämtern ein, wenn auch nur beschränkter, Auftrag zu, auf dem Gebiet der Suchtbekämpfung mitzuwirken. Eine gesetzliche Grundlage für einen Anspruch auf Hilfe und ein erweitertes Spektrum an staatlichen Aufgaben und Verpflichtungen für Alkoholkranke und deren Angehörige wurde 1961 durch das Bundessozialhilfegesetz geschaffen. Durch die Anerkennung des Alkoholismus als Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne konnte schließlich erreicht werden, daß nicht nur die Kosten der Alkoholismus-Folgekrankheiten, sondern auch der Entwöhnungsbehandlungen von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden mußten. (8, 44, 45)

In der Alkoholkrankenfürsorge sind somit zu unterscheiden: (54, 57, 59)

1. die staatlichen Träger; ihre Organe sind:
   a) die Gesundheitsämter,
   b) örtliche und überörtliche Stellen der Sozialhilfe,
   c) die Psychiatrischen Landeskrankenhäuser;
2. die freien Träger; diese sind in der 'Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren' zusammengeschlossen und bestehen aus:
   a) der Katholischen Hauptträgergruppe mit ihren Organen: Katholische Arbeitsgemeinschaft zur Abwehr der Suchtgefahren, Deutscher Caritas-Verband - Referat: Gefährdetenhilfe/Suchtkrankenhilfe, Kreuzbund und Katholische sozialehtische Arbeitsstelle,
   b) Evangelische Hauptträgergruppe mit den Organen: Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der EKD, Evangelische Landesarbeitsgemeinschaften für Suchtkrankenhilfe, Blaues Kreuz und Bundesarbeitsgemeinschaft der Freundeskreise,

c) Interkonfessionelle Hauptträgergruppe; ihre Organe sind die interkonfessionelle Arbeitsgemeinschaft zur Abwehr der Suchtgefahren, der Deutsche Guttempler-Orden und spezielle interkonfessionelle Verbände (Frauen, Erzieher, Jugend u.ä.),
d) die Stationäre Suchtkrankenhilfe mit dem Verband der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke, in dem neuerdings auch kommunale und staatliche Einrichtungen vertreten sind,
e) die Ambulante Suchtkrankenhilfe mit dem Verband der ambulanten Behandlungsstellen für Suchtkranke/Drogenabhängige (freie und staatliche bzw. kommunale Träger);

3. die unabhängigen Selbsthilfeorganisationen; hier sind zu nennen:
a) die Gruppen der Anonymen Alkoholiker (AA),
b) Freundeskreise und Selbsthilfegruppen, sofern sie nicht von staatlichen und freien Trägern unterhalten werden.

5.2. Das Verhältnis zwischen staatlicher und freier Trägerschaft

Die in der Versorgung der Alkoholkranken erforderliche 'Behandlungskette' hat eine gute Kooperation aller mit der Alkoholkrankenfürsorge befaßten Institutionen zur Voraussetzung. Nach dem Bundessozialhilfegesetz trägt der Staat die Verantwortung für ein ausreichendes Angebot an Einrichtungen zur Versorgung der Alkoholkranken. In Anbetracht einer "nach wie vor völlig unzureichenden" (Psychiatrie-Enquête) Versorgungslage sollen gemäß einem 'Aktionsprogramm zur Eindämmung und Verhütung des Alkoholmißbrauchs' und entsprechend den Vorschlägen der Psychiatrie-Enquête verstärkt staatliche Maßnahmen getroffen werden. (12, 14) Andererseits ist aber nicht zu übersehen, daß ein Großteil der bestehenden Einrichtungen von den freien Trägern der Sozialhilfe unterhalten wird. Während die Sachverständigenkommission in der unterschiedlichen Trägerschaft der verschiedenen Einrichtungen "die größte Schwierigkeit in der Organisation des vorgeschlagenen Versorgungssystems" sieht (14), wird in einem Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde davor gewarnt, in zunehmender Institutionalisierung und zentraler oder gar staatlicher Lenkung den einzigen Weg zur Verbesserung der Situation zu sehen. (34) TÄSCHNER bemerkt, der Staat sei gut

beraten, die Vielfalt der Träger, aber auch die Vielfalt der Behandlungsansätze zu erhalten und an ihrem Ausbau mitzuhelfen und er verweist auf die alte Tradition der Selbsthilfeorganisationen und Abstinentenverbände und ihre Erfahrungen. (64)

5.2.1. Vorteile einer rein staatlichen Trägerschaft in der Alkoholkrankenfürsorge

Was BAUMEISTER noch im Jahre 1960 als mögliche Vorteile der staatlichen, insbesondere der den Gesundheitsämtern angeschlossenen Alkoholkrankenfürsorge ansah, nämlich "gute Durchorganisation, wohlfahrtspflegerisch geschultes Personal und gewissenhafte Aktenführung" (8), trifft heute in gleichem Maße auch für die Einrichtungen der freien Träger zu. Die Errichtung eines Versorgungssystems und die Koordination der verschiedenen Einrichtungen untereinander könnte allerdings durch staatliche Trägerschaft mit zentraler Lenkung vereinfacht und Spannungen, die sich zwischen den Trägern mit verschiedener methodischer, soziologischer oder auch konfessioneller Zielsetzung ergeben, vermieden werden. (14)

Staatliche Trägerschaft in der Alkoholkrankenfürsorge ermöglicht auch den Kranken, die vor einem weltanschaulich geprägten Behandlungsangebot z.B. konfessioneller Einrichtungen zurückschrecken, angemessene Betreuung. Dies trifft ebenso für Selbsthilfeorganisationen wie z.B. die Anonymen Alkoholiker zu. So bemerkt SOLMS: "Es darf angenommen werden, daß nicht einmal der Hälfte aller behandlungsbedürftigen Trinker durch die A.A.-Bewegung geholfen werden kann. Können doch nur solche Kranke aus dem relativ anspruchsvollen Programm Nutzen ziehen, die die nötige Initiative aufbringen und die sich von der A.A.-Philosophie angesprochen fühlen." (59)

5.2.2. Vorteile der Alkoholkrankenfürsorge in freier Trägerschaft

Einrichtungen in freier Trägerschaft können, ohne die der staatlichen Fürsorge auferlegte Neutralitätspflicht beachten zu müssen, religiöse und weltanschauliche Beeinflussungsmöglichkeiten in die Betreuung

und Behandlung des Alkoholkranken einbringen. Weiterhin stelle die von den Abstinenzverbänden praktizierte Totalabstinenz oft den "Schlüssel zum Erfolg" (BAUMEISTER) in der Behandlung des Alkoholkranken dar. (8)

Einrichtungen der freien Träger werden bevorzugt von den Kranken in Anspruch genommen, die davor zurückscheuen, bei einer staatlichen bzw. städtischen Behörde Rat zu suchen, weil sie Eingriffe und Zwangsmaßnahmen der staatlichen Organe fürchten. (56)

5.2.3. Zusammenwirken von Staat und freien Trägern

Die notwendige Kooperation zwischen staatlichen und freien Trägern wird vielerorts praktiziert. So bestehen häufig enge Verbindungen zwischen den Gesundheitsämtern und den örtlichen Suchtberatungsstellen der freien Träger oder einzelner Selbsthilfegruppen. (47, 58) Ebenso sind sowohl die Fachkrankenhäuser für Alkoholkranke wie auch die Entwöhnungsabteilungen der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser um guten Kontakt mit Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen bemüht. (52, 5)

Durch die entstehenden Kosten aus der Errichtung und Unterhaltung von ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen sind die freien Träger auf finanzielle Förderung durch den Staat angewiesen. Diesem ist dadurch die Möglichkeit gegeben, aufgrund von Richtlinien auf personelle Ausstattung und Arbeitsweise dieser Stellen einzuwirken. (48)

6. Das Alkoholismus-Rezidiv

Probleme der Organisation und Koordination der Behandlungseinrichtungen, insbesondere aber ein unvollständiges Versorgungssystem, können zum Rückfall des Alkoholkranken beitragen. Festzuhalten ist aber mit KLOHNINGER-HUHN, daß der Rückfall als ein Symptom der Erkrankung 'Alkoholismus' angesehen werden muß (42), und somit auch bei optimalem Behandlungsangebot eintreten kann.

JANZ unterscheidet zwischen unvollständigen oder Prärezidiven ("Ausrutschern") und vollständigen oder Totalrezidiven ("Abrutschern"). Während im Prärezidiv das therapeutisch erzielte Niveau noch nicht verlassen worden sei, stelle das Vollrezidiv einen Rückfall in die frühere psychische oder physische Abhängigkeit dar. (37)

Das Rezidivrisiko wird nach WIESER durch folgende Faktoren bestimmt: (70)

a) Geschlecht und psychopathische Disposition;
b) Motivation und Bereitschaft, sich einer therapeutischen Gruppe anzuschließen;
c) Integrität der zwischenmenschlichen Beziehungen;
d) Alter, Intelligenzgrad und soziale Stufe.

Rückfallgefährdet sind danach besonders Frauen, Ledige und Alleinstehende, Personen jüngeren und höheren Lebensalters, Alkoholkranke mit geringerer Bildung, in schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen und mit undifferenziertem Beruf. Weiterhin sind als ungünstig anzusehen niedriger Intelligenzgrad, psychopathische, insbesondere hysterische Persönlichkeitsstruktur, schwache zwischenmenschliche Bindungen und mangelnde Bereitschaft zum Anschluß an eine therapeutische Gruppe.

Anzeichen für einen drohenden Rückfall bestehen bei einem Teil der Alkoholkranken in vermehrter Reizbarkeit, Unruhe bis Rastlosigkeit, Schlafstörungen oder anderen unangenehmen Gefühlen sowie in dem Verlangen nach einem Trunk. (30) Es handelt sich dabei um Abstinenzerscheinungen, die als chronisches Abstinenzsyndrom beschrieben sind und die nach JELLINGER noch nach zwei bis drei Jahren eingehaltener Abstinenz auftreten können. (39)

KRYSPIN-EXNER und ZAPOTOZKY fanden unter 81 Rückfälligen in einem Drittel der Fälle ein derartiges chronisches Abstinenzsyndrom. Die übrigen zwei Drittel glaubten "kontrolliert" trinken zu können oder erlagen einer "Verführung" oder einem "Sich-Vergessen". (46)

Der weitere Verlauf nach einem Rückfall ist nach KLOHNINGER-HUHN häufig dadurch bestimmt, daß der Rückfällige anfangs keine Bereitschaft zeige, seine Niederlage einzugestehen. Er versuche vielmehr, die Begleiterscheinungen seines Mißbrauchs zu verbergen und Vereinbarungen, die er z.B. mit seinem Ehepartner im Hinblick auf einen

möglichen Rückfall getroffen hat, zu übergehen. Das Aufdecken des Rezidivs sei von Schuldgefühlen begleitet, und am Ende dieses prozeßhaften Geschehens stelle sich eine resignierende Haltung ein. Schließlich scheine sich "das offenbar dispositionell vorgegebene und von früher her erlernte Trinkverhalten immer wieder entscheidend durchzusetzen" (KLOHNINGER-HUHN). (42)

Für die Behandlung des rückfällig gewordenen Alkoholkranken betont JANZ "die Notwendigkeit einer systematischen Analyse und therapeutischen Verarbeitung der Rezidivmotive und zugleich die Erfordernisse einer sachgerechten Information und verständnisvollen Kooperation der Bezugspersonen des Patienten". (37)

7. Ergebnisse in der Behandlung Alkoholkranker

7.1. Zur Bewertung von Abstinenzraten

Angaben über Ergebnisse in der Behandlung Alkoholkranker beziehen sich in der Mehrzahl der Untersuchungen auf Veränderungen im Trinkverhalten, wobei davon ausgegangen wird, daß diese deutlich mit Veränderungen in anderen Bereichen (Arbeitsleistung, Familienklima, Gesundheit) korrelieren. (21) Veröffentlichte Abstinenzraten sind häufiger aber nicht miteinander vergleichbar und in ihrer Aussage unterschiedlich zu bewerten.

WATZL benennt einige Faktoren, die Abstinenzraten beeinflussen bzw. verfälschen: (69)

1. Vorselektion von Patienten
   Sehr viele stationäre Einrichtungen sehen in geringer Therapiemotivation oder fehlender Krankheitseinsicht eine Kontraindikation der stationären Behandlung. Dazu bemerkt RIETH: "Wer über eine strenge Selektion alle prognostisch ungünstigen Fälle abweist, wird mit einer besseren Statistik rechnen können. ... Von daher sind Katamnesen nur insofern wirklich aussagekräftig, als sie in Beziehung zu Art, Grad und Schwere der behandelten Krankheitsbilder gesetzt werden." (53)

2. Behandlungsabbrüche
   Patienten, die die Behandlung abbrechen oder wegen Verstoßes gegen die Hausordnung disziplinarisch entlassen werden, sind meist als prognostisch ungünstige Fälle zu bewerten. Werden diese Patienten in der Erstellung von Abstinenzraten nicht berücksichtigt, so werden diese unrealistisch hoch erscheinen.

3. Patientenschwund bei katamnestischen Erhebungen
   WATZL weist in einer eigenen Untersuchung nach, daß ein Ausschluß der fehlenden Daten einer Erhebung die Stichprobe vor allem um die prognostisch ungünstigen Fälle verringert und damit den Anteil der Abstinenten erhöht.

4. Die Art der katamnestischen Erhebung
   Persönliche Kontaktaufnahme mit den Patienten und eine Kontrolle der Angaben durch weitere Informanten, z.B. Angehörige, Suchtberater, liefern die verläßlichsten Ergebnisse.

7.2. Behandlungsergebnisse im angloamerikanischen Bereich

In einem Übersichtsreferat wurden von EMRICK (21) die Ergebnisse verschiedenster psychotherapeutischer Behandlungsverfahren aus 265 Veröffentlichungen mit insgesamt über 13 000 Patienten zusammengefaßt. Die Untersuchung erfaßt den Längsschnitt der Jahre 1952 bis 1971. Die Tabellen von EMRICK lassen folgendes Ergebnis erkennen:

- Abstinente: 33,8 %
- kontrollierte Trinker: 5,8 %
- leicht gebesserte Trinker: 27,7 %
- ungebesserte Trinker: 32,8 %

Nach OLBRICH und WATZL (50) erinnern diese Zahlen an die "Ein-Drittel-Faustregel" (ein Drittel abstinent, ein Drittel gebessert, ein Drittel ungebessert). Weiterhin lassen die Untersuchungen von EMRICK über den Einfluß von verschiedenen Behandlungstechniken auf das Behandlungsergebnis erkennen, daß in 93 % der gesammelten Therapievergleiche trotz zum Teil recht unterschiedlicher Ansätze gleiche Behandlungsergebnisse resultierten. (Zit. in (50))

Im sogenannten 'Rand-Report' von ARMOR et al. (6) beträgt die global erreichte Abstinenzrate von ungefähr 600 Patienten in 18 Monats-Katamnesen für das letzte halbe Jahr 24 Prozent. Die Untersuchung erfaßte den Querschnitt des Jahres 1973.

Der Vergleich der Abstinenzraten verschiedener Behandlungszentren (Abstinenzraten zwischen 17 und 36 Prozent) und verschiedener Behandlungsformen (stationär für durchschnittlich 30 Tage, Übergangsheim, ambulant und Kombinationen dieser Formen) in der Studie läßt nach Analysen von OLBRICH und WATZL keine statistisch signifikanten Unterschiede erkennen. (50)

Ein Vergleich der Behandlungsergebnisse von Selbsthilfegruppen und professioneller Behandlung läßt nach Analysen der Zahlen des Rand-Reports erkennen: Selbsthilfegruppen ohne professionelle Therapie erbringen mindestens den gleichen Behandlungserfolg wie eine professionelle Therapie alleine. Die Kombination von professioneller Therapie und die regelmäßige Teilnahme an Selbsthilfegruppen erbringt die besten Ergebnisse. (50)

Angeführt werden soll noch eine Angabe des Rand-Reports über Abstinenzraten bei unbehandelten Alkoholkranken: Von 268 Patienten waren in einem Katamnesezeitraum von 18 Monaten 16 Prozent im letzten halben Jahr vor der Erhebung ohne Behandlung abstinent. (6)

7.3. Behandlungsergebnisse in Deutschland

Am Beispiel von drei Veröffentlichungen sollen Ergebnisse in der Behandlung Alkoholkranker in der Bundesrepublik Deutschland angeführt werden.

7.3.1. Ergebnisse der stationären Behandlung in den Fachkrankenhäusern Ringgenhof und Höchsten (53)

Bei den rezidivfreien Patienten beträgt die Abstinenzdauer zwischen 1 und 11 Jahren. Die stationäre Behandlung dauerte durchschnittlich fünf bis sechs Monate. Weiterhin ist zu diesen Ergebnissen anzufügen:

a) Selektion der Patienten: "Kontraindikationen zur Behandlung stellen nur Faktoren dar, die eine Übernahme der Behandlung durch die Kostenträger ausschließen würden" (RIETH). (53)
b) Behandlungsabbrüche: Die Rate der Behandlungsabbrüche betrug etwa 15 Prozent. Diese Fälle sind in der Erhebung nicht berücksichtigt.
c) Patientenschwund: Er ist für die Männerabteilung mit 18 Prozent relativ hoch. RIETH vermutet, daß dadurch die Zahl der rückfälligen Männer in Wirklichkeit um 10 Prozent höher liegt als angegeben.

Höchsten (Frauenabteilung) 236 Patientinnen	Dunkelziffer	Rückfällig	Verstorben	Abstinent
1964 - 1974	6,5 %	33,3 %	5,7 %	54,5 %
Ringgenhof (Männerabteilung) 501 Patienten				
1964 - 1974	18,1 %	20,9 %	1,8 %	59,2 %

7.3.2. Ergebnisse einer ambulanten Behandlung

PIAZZI et al. veröffentlichten eine Erhebung über die Ergebnisse einer ambulanten bzw. teilambulanten Behandlung Alkoholkranker. (51) Wegen der sehr hohen Patientenschwundzahl von 105 der insgesamt 180 Alkoholkranken ist der Aussagewert dieser Untersuchung allerdings stark eingeschränkt. Die Schwundzahl ist bei einer Behandlungsdauer unter sieben Monaten mit 85 Prozent besonders hoch.

Die Autoren untersuchten Veränderungen folgender Lebensbereiche: Bezug zum Suchtmittel, soziale Situation, Arbeitsbezug und ordneten die behandelten Patienten in Untergruppen ein. Die Untergruppe 'positiv' (d.h. für den Bezug zum Suchtmittel: abstinent) wurde mit zwei Punkten, die Untergruppe 'gebessert' mit einem und die Untergruppe 'unverändert-negativ' mit null Punkten bewertet.

Die Erhebung ergab für die 75 noch verbliebenen Klienten folgendes Ergebnis:

Behandlungsart	N	mögliche Erfolgs-punkte	erreichte Erfolgs-punkte	in Prozent
Ambulant	24	144	76	52,8
Ambulant + kurzfristig stat.	20	120	64	53,3
Ambulant + langfristig stat.	31	186	118	63,4

Infolge der hohen Schwundzahl sind nur folgende Aussagen möglich:

a) Eine ausschließlich ambulante Behandlung erbringt ungefähr gleiche Ergebnisse wie eine Kombination einer ambulanten Behandlung mit einer kurzfristigen stationären Behandlung.

b) Die Kombination von ambulanter und langfristiger stationärer Behandlung zeigt die besten Ergebnisse. (51)

7.3.3. Ergebnisse der Unterbringung straffällig gewordener Alkoholiker

Über Ergebnisse der Unterbringung straffällig gewordener Alkoholiker berichtet ANDRITSCH. (2) In einem Katamnesezeitraum von mindestens einem und maximal 10 Jahren waren von 77 straffällig gewordenen Alkoholikern im August 1971 53 (= 73,5 %) erneut als straffällig registriert. Die Zahlen beziehen sich auf die Jahre 1961 bis 1970. Die Unterbringung und Behandlung auf der "Trinkerabteilung" des psychiatrischen Landeskrankenhauses Weinsberg dauerte durchschnittlich ein halbes Jahr.

C. DIE VERSORGUNG DER ALKOHOLKRANKEN IN BADEN-WÜRTTEMBERG AM BEISPIEL DER REGION FRANKEN

I. DIE GESAMTSITUATION IN BADEN-WÜRTTEMBERG

Nach Angaben des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg gibt es im Land rund 230 000 Menschen, die vorwiegend wegen Alkoholmißbrauch als suchtgefährdet gelten. Etwa 10 Prozent davon, also 23 000 Personen, benötigen nach einer Schätzung des Ministeriums eine "aktuelle Behandlung", jeder zehnte davon müßte "eigentlich stationär aufgenommen werden". Demgegenüber, so das Ministerium, ist die Zahl der zur stationären Behandlung zur Verfügung stehenden Betten nicht ausreichend. Die Möglichkeiten der ambulanten Behandlung werden als "absolut ungenügend" bezeichnet. (63)

II. DIE STATIONÄRE VERSORGUNG

In Baden-Württemberg standen zu Beginn des Jahres 1979 in psychiatrischen Landeskrankenhäusern, der Universitätsklinik Tübingen, in Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege und in privatwirtschaftlichen Einrichtungen zur Behandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger sowie in Spezialeinrichtungen zur Behandlung jugendlicher und junger erwachsener Suchtabhängiger etwa 1 600 Plätze zur kurz-, mittel- und langfristigen stationären Behandlung Suchtkranker zur Verfügung. (49)

In der Region Franken mit einer Einwohnerzahl von ungefähr 700 000 bestehen stationäre Einrichtungen zur Entwöhnung nur im Psychiatrischen Landeskrankenhaus (PLK) Weinsberg. Das Behandlungsangebot beinhaltet 24 Betten mit durchschnittlich 35 Durchgängen im Monat für kurzfristige und 36 Betten mit durchschnittlich 10 bis 12 Durchgängen im Monat für mittelfristige Entwöhnungsbehandlung. Für eine langfristige Behandlung von stark geschädigten Alkoholkranken stehen 34 Betten mit durchschnittlich 12 Durchgängen im Monat zur Verfügung.

Stationäre Entgiftungsmöglichkeiten bestehen im PLK Weinsberg (Intensivstation, Akutpsychiatrie) und in den allgemeinen Krankenhäusern der kommunalen und caritativen Träger (z.B. Städt. Krankenhaus Heilbronn, Kreiskrankenhaus Brackenheim, Caritaskrankenhaus Mergentheim, Diakonie-Krankenhaus Schwäbisch Hall) (Angaben nach F. ANDRITSCH, F. REIMER). (5)

Abb. 5: ● Stationäre Einrichtungen zur Entwöhnungsbehandlung Alkoholkranker in der Region Franken

1. Die Entwöhnungsabteilung des PLK Weinsberg (3)

Durch den zunehmenden Anteil der alkoholbedingten Aufnahmen im Gesamtkrankengut des PLK Weinsberg, inzwischen mehr als 20 Prozent, war die Errichtung einer Entwöhnungsabteilung notwendig geworden. "Die früher übliche Praxis der Behandlung auf psychiatrischen Stationen erwies sich als zunehmend unbefriedigend, da Alkoholiker einer spezifischen Therapie, aber auch einer spezifischen Stationsordnung bedürfen, wenn man einen erfolgreichen Behandlungs-

versuch unternehmen und vermeiden will, daß diese Patientengruppe als Störer auffallen" (F. ANDRITSCH, F. REIMER). (5)

1.1. Station zur kurzfristigen Entwöhnungsbehandlung

Die Aufenthaltsdauer beträgt 4 bis maximal 6 Wochen. Zur Aufnahme kommen Alkoholkranke über ambulante Vorgespräche direkt von "draußen" oder nach Abschluß der Akutbehandlung durch Übernahme von der Intensivstation oder anderen psychiatrischen Aufnahmestationen.

Die Ziele des kurzfristigen Therapieangebotes sind:
- den Alkoholkranken über seine Krankheit zu informieren;
- Krankheitseinsicht und, falls nötig, die Bereitschaft zu einer längerfristigen Entwöhnungsbehandlung zu wecken;
- dem Therapeuten die Beurteilung der Eignung eines Patienten für eine längerfristige Entwöhnungsbehandlung zu ermöglichen;
- ein Therapieangebot für solche Alkoholkranke zu bieten, für die längerfristige Aufenthalte nicht möglich oder noch nicht nötig sind;
- nach einer Entwöhnungsbehandlung erneut rückfällig gewordenen Patienten zur Stabilisierung zu verhelfen.

Bedingungen für die Aufnahme sind Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft bzw., daß zu erwarten ist, daß beides im Verlauf des Aufenthaltes erzielt werden kann. (3)

1.2. Station zur mittelfristigen Entwöhnungsbehandlung

Die gemischt-geschlechtlich belegte Station behandelt Behandlungswillige und gerichtlich untergebrachte Alkoholkranke gemeinsam. Im Laufe der normalerweise viermonatigen Behandlungszeit sollen folgende Lernziele erreicht werden:
- Analyse des Trinkverhaltens und der das Trinken auslösenden bzw. mit dem Trinken einhergehenden Situationen, Stimmungen und Gewohnheiten;
- Einsicht in die Konsequenzen des Alkoholkonsums;
- Entwicklung und Training von Verhaltensalternativen zum Trinken;
- Entwicklung einer tragfähigen Abstinenzmotivation.

Durch eine gruppenweise Aufnahme von im Durchschnitt 9 Patienten ist es möglich, die Alkoholkranken gemeinsam an diese Lernziele heranzuführen. Die Gruppe selbst ist ein wichtiges Behandlungsinstrument. Die dreimal in der Woche stattfindenden Gruppengespräche dienen als Einstieg in verschiedene verhaltenstherapeutische Techniken und dem "verbalen Durcharbeiten" des Behandlungskonzepts. Weitere wichtige Methoden der Behandlung sind:

- Arbeitstraining nach einem dreistufigen Plan (1. Arbeiten auf Station, 2. Arbeiten innerhalb des Krankenhausbetriebs in den verschiedenen Versorgungsbetrieben oder in den Hallen für industrielle Fertigung, 3. eventuelles Arbeiten in Industriebetrieben außerhalb des Krankenhauses);
- Sporttherapie; im Sport soll der Alkoholkranke seine positive körperliche Entwicklung erleben und durch Mannschaftsspiele eine bessere soziale Einordnung, Kommunikationsfähigkeit und Frustrationstoleranz einüben;
- Beschäftigungstherapie; Erlernen einer sinnvollen Freizeitgestaltung ohne das Trinken;
- Die medizinische Therapie; sie ist im PLK beschränkt auf die Behandlung der körperlich neurologischen Schäden; die medikamentöse Therapie mit Beruhigungs-, Schmerz- und Schlafmittel sowie Placebos ist möglichst zu vermeiden.

Sowohl im kleinen Kreis von Patient und dessen Ehepartner oder sonstigen Angehörigen mit dem Therapeuten als auch vor allem in den monatlichen Angehörigenseminaren wird der Erkenntnis Rechnung getragen, daß eine effektive Therapie häufig nicht ohne Mitwirkung der Angehörigen möglich ist.

Der Sozialdienst des Krankenhauses berät den Patienten in rechtlichen und beruflichen Fragen, ist aber bemüht, den Alkoholkranken selbst dazu zu bringen, seine Belange zu vertreten (z.B. bei der Suche nach einem Arbeitsplatz).

Die Station wird, obwohl gleichzeitig gerichtlich untergebrachte Alkoholkranke mitbehandelt werden, weitgehend offen geführt. Eine gestaffelte Ausgangsregelung berücksichtigt die Belastbarkeit des Patienten und dient dem Ziel der zunehmenden Konfrontation mit der Realität "draußen". Für die gerichtlich Untergebrachten geschieht dies in Kooperation mit der einweisenden Behörde.

1.3. Station zur langfristigen Entwöhnungsbehandlung

"Für psychoorganisch abgebaute, depravierte, intellektuell stark minderbegabte Alkoholkranke, bei denen die stationäre Behandlung zur Besserung bzw. Vermeidung weiterer psychosozialer und körperlicher Schäden notwendig ist" (ANDRITSCH) (5), wurde im PLK Weinsberg eine eigene Station aufgebaut. Dadurch konnten Probleme, die sich durch die zunehmende Öffnung der rehabilitativen psychiatrischen Stationen bei gleichzeitig fehlender differenzierter Versorgung schwer geschädigter Alkoholkranker ergaben, beseitigt werden.

Es wurde ein Therapiekonzept entwickelt, das die Unfähigkeit dieser Patientengruppe, eine auf Einsicht beruhende Abstinenzmotivation zu entwickeln, berücksichtigt. Es geht vielmehr darum, "die externe Kontrolle des Trinkverhaltens so zu arrangieren, daß der Patient durch externe Faktoren genügend Anreiz hat, abstinent zu bleiben" (ZEISEL). (75) Dieses verhaltenstherapeutische Konzept der Verstärkung der Abstinenz wurde praktisch so verwirklicht, daß der Patient für sein abstinentes Verhalten (Nachweis durch Stichproben mit dem Alcotest) mit dem für ihn wichtigsten Privileg des freien Ausgangs belohnt wird. Weiteres Trinken soll dagegen möglichst ignoriert werden. Die Station wird offen geführt, und rückfällige Patienten, die nicht freiwillig auf der Station bleiben, werden kurzfristig auf eine geschlossene Station verlegt.

Das sonstige Therapieangebot besteht aus:
- Arbeitstherapie;
- Bewegungstherapie;
- soziotherapeutische Verfahren (jedes Mitglied vom Pflegepersonal ist für eine bestimmte Anzahl von Patienten Bezugsperson).

Gruppentherapie-Verfahren haben sich nicht bewährt.

Durch die beschriebenen Maßnahmen soll die Rückfallhäufigkeit vermindert, die Behandlungszeit verkürzt und für nicht mehr arbeitsfähige und alte Patienten eine Verlegung in Heime angestrebt werden. Eine gute Zusammenarbeit mit geeigneten Heimen ist eine der dringlichen Aufgaben der Station. (75)

2. Die nicht freiwillige Behandlung Alkoholkranker im PLK Weinsberg

2.1. Gesetz über die Unterbringung von Geisteskranken und Suchtkranken des Landes Baden-Württemberg vom 16. Mai 1955

Nach dem Unterbringungsgesetz des Landes Baden-Württemberg ist eine Einschränkung der Grundrechte der Freiheit der Person, der Familieneinheit und der Unverletzlichkeit der Wohnung möglich (§ 1). Das Gesetz findet unter anderem auch auf Suchtkranke Anwendung, die gegen ihren Willen in einer Krankenanstalt untergebracht oder festgehalten werden sollen (§ 2).

Nach § 3 kann die untere Verwaltungsbehörde (das Landratsamt) die Unterbringung eines Kranken in einer psychiatrischen Krankenanstalt von Amts wegen anordnen, wenn er anstaltsbedürftig ist, weil er für sich oder andere gefährlich oder für die öffentliche Sittlichkeit anstößig oder ohne Anstaltspflege der Gefahr der Verwahrlosung oder ernster Gesundheitsschädigung ausgesetzt ist. Eine Unterbringung darf nur erfolgen, wenn die Krankheit und das Vorliegen der erwähnten Voraussetzungen durch ein amtsärztliches Zeugnis bestätigt sind und das Amtsgericht über die Zulässigkeit der Anordnung entschieden hat.

Eine gesetzliche Unterbringung ist weiterhin möglich auf Antrag eines Vertreters oder Angehörigen des Kranken oder einer mit der Fürsorge für den Unterzubringenden befaßte Person oder Behörde (§ 4). Wenn die Notwendigkeit durch ein ärztliches Zeugnis bestätigt ist, ist eine sofortige fürsorgliche Aufnahme möglich. Das Amtsgericht hat dann in festgelegter Frist nach Aufnahme des Kranken über deren Zulässigkeit zu entscheiden (§ 5).

Die Behandlung der gesetzlich Untergebrachten erfolgt, sofern nicht akute Zustände (z.B. aggressives Verhalten unter Alkoholeinwirkung) vorliegen, oder eine Therapierbarkeit hirnorganisch abgebauter Alkoholkranker nur eingeschränkt möglich ist, zusammen mit freiwillig untergebrachten Patienten. Im PLK Weinsberg hat sich ein Verhältnis von Freiwilligen und gerichtlich Untergebrachten von 3:1 als günstig erwiesen. Es wird versucht, sowohl in der Art als auch in der Dauer der Behandlung keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zu machen. Die gesetzlich Untergebrachten werden auf der Station zur

mittelfristigen Entwöhnungsbehandlung nach den dort beschriebenen Grundsätzen (3) versorgt.

Durch eine schrittweise Öffnung der Abteilung war es gelungen, einen Gefängnischarakter zu vermeiden. Die Unterbringung von alkoholkranken Frauen auf derselben Abteilung sollte weiterhin dazu beitragen, das Bild der Abteilung zum Positiven zu verändern. (4) Vielen der gerichtlich Eingewiesenen, so bewertet ANDRITSCH diese Maßnahmen, gelinge recht bald eine Haltungsänderung, sie werden therapiewilliger und somit behandlungsfähig. (3)

Während man sich von Seiten des psychiatrischen Landeskrankenhauses Weinsberg dagegen wehrt, daß die Entwöhnungsabteilung als "Bewahrungsort" oder "zur Abschreckung als letztes Mittel vor der Sicherheitsverwahrung" angesehen wird und versucht, der Therapierbarkeit des Alkoholkranken mehr Gewicht beizumessen (4), war in Gesprächen mit den Amtsärzten der Staatlichen Gesundheitsämter der Region Franken ein anderer Aspekt der Problematik deutlich geworden. Fast einhellig beklagen die zuständigen Amtsärzte, daß die Gerichte zu hohe Anforderungen an die Voraussetzungen einer Unterbringung stellen. Die Freiheit des Patienten werde, oft nicht zum Wohle des Patienten, zu sehr betont. Auch die Praxis des PLK Weinsberg, manche der Eingewiesenen wegen "Nicht-Therapierbarkeit" vorzeitig zu entlassen, wird kritisiert.

2.2. Zwangsweise Unterbringung im Rahmen der Maßregeln zur Sicherung und Besserung nach § 63 und § 64 StGB n.F. (§ 42 c StGB a.F.)

§ 64 des Strafgesetzbuches besagt, daß ein Alkoholiker, der im Rauschzustand oder wegen seiner Krankheit eine rechtswidrige Tat begangen hat und verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt wurde, weil seine Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen war, auf Gerichtsbeschluß in einer Entziehungsanstalt unterzubringen ist, wenn die Gefahr besteht, daß er infolge seines Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Die Anordnung der Unterbringung unterbleibt, wenn eine Entziehungskur von vornherein aussichtslos erscheint.

Wegen fehlender spezieller Einrichtungen erfolgt die Unterbringung fast ausschließlich in die psychiatrischen Krankenhäuser. (2) Im PLK Weinsberg werden nach § 64 Untergebrachte wie nach dem Unterbringungsgesetz Eingewiesene behandelt. Ausgangsregelungen, Wochenendbeurlaubungen und Entlassung müssen allerdings bei der Staatsanwaltschaft beantragt werden.

III. DIE AMBULANTE VERSORGUNG

Nach den Vorstellungen der Psychiatrie-Enquête kommt der ambulanten Versorgung der Alkoholkranken übergeordnete Bedeutung zu. Fachambulanzen sollen den Mittelpunkt eines Versorgungsnetzes bilden, und eine gute Koordination sowohl zwischen den stationären und ambulanten Einrichtungen als auch der ambulanten Einrichtungen untereinander wird gefordert. Die derzeitige Lage der ambulanten Versorgung erscheint demgegenüber eher verwirrend. Gut ausgestattete Fachambulanzen (psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstellen), Suchtberatungsstellen der freien Wohlfahrtsverbände, sonstige meist kirchliche Stellen, die neben anderen sozialen Aufgaben auch die Betreuung von Alkoholkranken durchführen, Selbsthilfegruppen der verschiedensten Art und die Fürsorgestellen der Staatlichen Gesundheitsämter arbeiten neben- und miteinander im gleichen Gebiet.

1. Anzahl und Verteilung ambulanter Einrichtungen einschließlich Selbsthilfegruppen in der Region Franken

Im Herbst 1978 bestanden in der baden-württembergischen Region Franken folgende ambulante Einrichtungen (einschließlich Selbsthilfegruppen) (Angaben nach 5, 11 und eigene Erhebungen):

- Stadt- und Landkreis Heilbronn (ca. 350 000 Einwohner):
  Eine Fachambulanz des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weinsberg, die der Entwöhnungsabteilung angegliedert ist. Einzugsbereich ist die gesamte Region.

Je eine psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstelle des Diakonischen Werks und des Caritasverbandes in Heilbronn; insgesamt 15 Selbsthilfegruppen, davon drei Gruppen der Anonymen Alkoholiker (AA) und eine Al-Anon Gruppe (für Angehörige) in Heilbronn, je ein "Freundeskreis" in Heilbronn und Neuenstadt, eine "Therapiegruppe" in Heilbronn, weitere vier Selbsthilfegruppen (davon zwei Kreuzbund-Gruppen) in Heilbronn sowie je eine Selbsthilfegruppe in Eppingen, Neckarsulm, Wüstenrot und Bad Wimpfen.

- Hohenlohekreis (ca. 85 000 Einwohner):
  Je eine Außenstelle der psychosozialen Beratungs- und ambulanten Behandlungsstelle des Diakonischen Werks Schwäbisch Hall in Künzelsau und Öhringen. Die Diakonischen Bezirksstellen in Künzelsau und Öhringen sind ebenfalls mit Aufgaben der Alkoholkrankenfürsorge betraut.
  Selbsthilfegruppen, vom PLK Weinsberg initiiert, bestehen in Künzelsau und Öhringen sowie eine Kreuzbund-Gruppe in Öhringen.

- Kreis Schwäbisch Hall (ca. 152 000 Einwohner):
  Eine psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstelle in Schwäbisch Hall mit einer Außenstelle in Crailsheim; zwei "Freundeskreise" in Schwäbisch Hall sowie je eine vom PLK Weinsberg initiierte Selbsthilfegruppe in Schwäbisch Hall und Rot am See.

- Main-Tauber-Kreis (ca. 126 000 Einwohner):
  Eine psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstelle in Tauberbischofsheim mit Außenstellen in Bad Mergentheim und Wertheim; je eine vom PLK Weinsberg initiierte Selbsthilfegruppe in Bad Mergentheim und Tauberbischofsheim sowie ein "Freundeskreis" in Bad Mergentheim.

Neben diesen Einrichtungen sind die Staatlichen Gesundheitsämter mit Aufgaben der Alkoholkrankenfürsorge betraut. Gesundheitsämter befinden sich in Heilbronn, Schwäbisch Hall/Crailsheim, Künzelsau/Öhringen und Tauberbischofsheim/Bad Mergentheim.

2. Die psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstelle

Mit Ausnahme der Fachambulanz der Entwöhnungsabteilung des PLK Weinsberg werden die psychosozialen Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen in der Region von den beiden Kirchen bzw. deren Verbänden Caritas und Diakonischem Werk getragen. Im Jahre 1978 zum Teil noch in der Aufbauphase (z.B. in Tauberbischofsheim und Schwäbisch Hall), sollen die psychosozialen Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen entsprechend den Richtlinien des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg (48) in einem Gesamtversorgungssystem folgende Aufgaben wahrnehmen:

- Suchtgefährdete und Suchtkranke in ihrem Einzugsgebiet ambulant betreuen;
- notwendige Maßnahmen der regionalen Suchtprophylaxe anregen und koordinieren;
- zugunsten der Klienten darauf hinwirken, daß in der vorbeugenden, der akuten Krankheits- sowie der nachfolgenden Betreuungs- und sozialen Wiedereingliederungsphase alle Verantwortlichen (im administrativen, medizinischen und sozialen Bereich) zusammenarbeiten.

Als Aufgaben im einzelnen werden in den Richtlinien genannt:

Beratung
- Erarbeitung einer Behandlungsmotivation
- Information für Familienangehörige und Betroffene
- Information für andere Stellen
- Hilfe im sozialen Umfeld
- Krisenintervention

Ambulante Behandlung
- Erstellung von Anamnese und Therapieplan
- Einzel- und Gruppentherapie
- familientherapeutische Angebote
- eventuell Veranlassung einer stationären Entgiftung
- Vorbereitung und ambulante Begleitung stationärer Behandlung
- Nachsorge und Hilfe bei beruflicher und sozialer Eingliederung
- fachliche Betreuung von Selbsthilfegruppen
- Krisenintervention

Prophylaxe
- Öffentlichkeitsarbeit
- Zusammenarbeit mit anderen sozialen Diensten und Einrichtungen sowie Verbänden

Koordination
Im Rahmen dieser Arbeit sind enge Kontakte insbesondere zu halten
- zum zuständigen psychiatrischen Krankenhaus
- zu dem oder zu den örtlichen Krankenhäusern
- zu den stationären therapeutischen Suchteinrichtungen
- zu den anderen Beratungsstellen und zu den Selbsthilfegruppen im Einzugsgebiet
- zu den Behörden wie Gesundheitsamt, Jugend- und Sozialamt, staatliches Schulamt, den Schulen, Polizei- und Justizbehörden, Arbeitsamt

STAHL bemerkt, daß die häufig noch bestehenden Ein-Mann-Beratungsstellen diesen Aufgaben nicht gerecht werden können. Der Sozialarbeiter bleibe dort bei der Überfülle der Arbeit in einer hoffnungslosen, überfordernden Isolation. (61) Er hält, wie es auch die Richtlinien des Ministeriums fordern, für eine vollausgebaute Einrichtung folgende personelle Ausstattung für nötig:
- zwei Sozialarbeiter/Sozialpädagogen
- ein Diplom-Psychologe (Klinischer Psychologe) oder ein ärztlicher Psychotherapeut.

Nebenberuflich sollen ein Arzt (sofern nicht schon hauptberuflich vorhanden) sowie Juristen, Seelsorger und weitere therapeutische Mitarbeiter zur Verfügung stehen.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung 1977/1978 waren diese personellen Voraussetzungen zumindest für die Einrichtungen in Tauberbischofsheim und Schwäbisch Hall noch nicht gegeben. Der Beratungsstelle in Schwäbisch Hall stand nur ein Hauptamtlicher (Suchtkrankentherapeut) zur Verfügung, in Tauberbischofsheim ein Sozialarbeiter und konsiliarisch ein Psychologe. Eine ausreichende ambulante Behandlung kann unter diesen Umständen nicht gewährleistet sein.

Abb. 6: ● Psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstellen in der Region Franken

• Außenstellen

1 im Aufbau

Über das Ausmaß der Tätigkeit einer psychosozialen Beratungs- und ambulanten Behandlungsstelle (im Aufbau befindlich), ihre Wirkungsweise und die Art ihres Klientels sollen beispielhaft die Angaben der Jahresstatistik 1977 der Einrichtung der Diakonie in Tauberbischofsheim herangezogen werden (ich verdanke diese Angaben Herrn J. MERKER, Sozialarbeiter grad., Tauberbischofsheim):

Die psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstelle der Diakonie in Tauberbischofsheim hat im Januar 1977 ihre Tätigkeit aufgenommen. Personell ist sie mit einem Sozialarbeiter und einer teilzeitbeschäftigten Schreibkraft ausgestattet. Ein Psychologe ist konsiliarischer Mitarbeiter.

Im Jahr 1977 kamen insgesamt 131 Klienten zur Beratung oder Behandlung, davon 91 mit Alkohol allein als Suchtmittelgebrauch und weitere 11 mit kombiniertem Suchtmittelmißbrauch (Alkohol + Drogen). 72 der Klienten kamen in Beratung, 43 in Einzelbehandlung, 21 in Gruppen-

behandlung und 24 Klienten wurden in Selbsthilfegruppen betreut (Doppelnennungen sind möglich).

Die Anzahl der durchgeführten Maßnahmen gibt das Ausmaß der Tätigkeit und die Wirkungsweise der Einrichtung wieder:

Beratung von Klienten:	106
Beratung von Familienangehörigen:	89
Einzeltherapie:	146
Gruppentherapie:	28
Gutachtenstellungnahmen:	42
Verhandlungen mit Behörden und Institutionen:	107
medizinische oder psychologische Untersuchungen:	30
Hausbesuche:	81
Klinikbesuche:	53
sonstige Besuche:	7
An Öffentlichkeitsarbeit wurden durchgeführt:	
Presseinformationen:	5
Vorträge/Kurse:	10
Schulveranstaltungen:	2
Treffen mit Selbsthilfe- bzw. Abstinenzgruppen:	23
Anzahl der Vermittlung in	
kurzfristig stationäre Behandlung (bis 6 Wochen):	9
mittelfristige stationäre Behandlung (ab 6 Wochen bis 2 Monate):	2
längerfristige stationäre Behandlung (ab 2 Monate) in ein Fachkrankenhaus für Suchtkranke:	14

Das Klientel besteht in ungefähr 80 % aus Männern zwischen 18 und 50 Jahren, mehr als die Hälfte ist ledig oder geschieden. Von den 131 Klienten sind 30 arbeitslos, 23 als Facharbeiter/Handwerker und 17 als ungelernte Arbeiter tätig.

3. Die Bedeutung der Selbsthilfegruppen in der Region

Im Sommer 1978 bestanden in der Region Franken insgesamt 25 verschiedene Selbsthilfegruppen, Freundeskreise, Therapiegruppen bzw. Gruppen der Anonymen Alkoholiker. Diese Gruppen tragen der Er-

kenntnis Rechnung, daß der Alkoholkranke und dessen Partner selbst auch nach Abschluß stationärer oder ambulanter Behandlungsmaßnahmen einen aktiven Beitrag für einen dauerhaften Behandlungserfolg leisten müssen.

Da, mit Ausnahme des Ballungsgebietes Heilbronn, bis vor einigen Jahren das Angebot an solchen Gruppen noch völlig ungenügend war, wurden, insbesondere von der Entwöhnungsabteilung des PLK Weinsberg angeregt, Gruppen in den noch nicht versorgten Gebieten eingerichtet. Insgesamt entstanden auf diese Weise zwischen 1974 und 1977 acht Selbsthilfegruppen, weitere sind geplant. (78) Die Gruppen wurden in den meisten Fällen von "Ehemaligen" bzw. von nach einer Entwöhnungsbehandlung Entlassenen durch Anregung der Therapeuten gebildet.

Abb. 7: ● Selbsthilfegruppen für Alkoholkranke (und deren Angehörige) in der Region Franken

Mit engem Kontakt zum PLK Weinsberg wurde eine "Arbeitsgemeinschaft der Selbsthilfegruppen e.V. Region Franken" errichtet. Sie ist überkonfessionell und Mitglied im Deutschen Paritätischen Wohlfahrts-

Verband (DPWV). Die Arbeitsgemeinschaft hat sich folgende Aufgaben gestellt:

- alle Bestrebungen und Maßnahmen zu fördern, die zur Abwehr des Alkohol- und Tablettenmißbrauchs geeignet sind;
- intensive Mitarbeit in der Hilfe für Suchtgefährdete, Suchtkranke und deren Angehörige;
- enge Zusammenarbeit und Unterstützung sämtlicher Selbsthilfegruppen und Fachinstitutionen;
- umfassende Aufklärung auch der Öffentlichkeit;
- Gründung und Förderung weiterer aktiver Gruppen in der Region Franken;
- Ausbildung und Fortbildung von freiwilligen Helfern in der Suchtkrankenarbeit durch Wochenendseminare und Schulungen.

Das Arbeitsprogramm der Selbsthilfegruppen in der Arbeitsgemeinschaft wurde wie folgt festgelegt:

1. Wir bieten allen suchtgefährdeten und suchtkranken Menschen sowie deren Angehörigen unsere Hilfe in mitmenschlichem Verständnis und die Bereitschaft zum Füreinander und Miteinander an, wenn sie zu uns in die Gruppe kommen.
2. Wir wollen unsere eigenen Erfahrungen kompromißlos an jeden Menschen zu seinem Wohle weitergeben.
3. Wir versuchen in der Gruppe unsere Probleme und Lebensschwierigkeiten zu erkennen, dabei zu lernen, über sie zu sprechen und Geborgenheit und Vertrauen zueinander zu finden.
4. Wir versuchen im Gespräch mit Gleichgesinnten den Suchtkranken zum selbständigen Denken und Nachdenken anzuregen sowie zum eigenen Tun und Handeln zu ermutigen.
5. Wir wollen jedem Gruppenmitglied durch sein freiwilliges Mittun helfen, sein Selbstbewußtsein und Selbstwertgefühl wieder zu finden.

(Ich verdanke die Angaben über die Arbeitsgemeinschaft der Selbsthilfegruppen Herrn G. ZELLER, Weinsberg.)

4. Die Alkoholkrankenfürsorge durch die Staatlichen Gesundheitsämter

Gemäß § 3 des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. 7. 1934 obliegt den Gesundheitsämtern unter anderem die Aufgabe der Fürsorge für Süchtige. Nach den §§ 63 und 64 der dritten Durchführungsverordnung haben sie

1. dem Mißbrauch von Alkohol ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden (insbesondere hat das Gesundheitsamt zu prüfen, ob nach Maßgabe der örtlichen Verhältnisse Einschränkungen in der Erteilung von Schankkonzessionen und polizeiliche Anordnungen über Öffnungs- und Schließungsstunde der Schankstätte wünschenswert erscheinen);
2. den Ausschank alkoholfreier Getränke zu fordern und die Arbeit der den Alkoholmißbrauch bekämpfenden Kreise zu unterstützen und
3. gegebenenfalls in größeren Bezirken Beratungsstellen für Alkoholkranke und deren Familien einzurichten.

Außerdem haben die Gesundheitsämter nach § 65 III. DVO bei der Aufnahme von Suchtkranken in Anstalten mitzuwirken und sich gegebenenfalls gutachterlich zu äußern.

Durch das Bundessozialhilfegesetz vom 30. 6. 1961 ergeben sich darüber hinaus erweiterte Aufgaben und Verpflichtungen. Nach § 36 BSHG soll Personen, bei denen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung oder ein sonstiger Gesundheitsschaden droht, vorbeugende Gesundheitshilfe gewährt werden. Für Suchtkranke bzw. Suchtgefährdete können "Aufklärung, Unterstützung bei einer Änderung der Lebensgewohnheiten, psychagogische Führung, fürsorgerliche Regelung von familiären, Wohnungs- und Arbeitsschwierigkeiten durch das Gesundheitsamt sinnvolle Maßnahmen der vorbeugenden Gesundheitshilfe sein, sei es im Rahmen einer selbständigen Alkoholfürsorge oder als Teilaufgabe der Beratungsstelle für Nerven- und Gemütskranke". (43)

Die Alkoholkrankenfürsorge durch die Staatlichen Gesundheitsämter der Region Franken ist stark durch die Struktur der einzelnen Ämter geprägt.

Das Staatliche Gesundheitsamt in Heilbronn hat ein Gebiet mit ca. 350 000 Einwohnern zu versorgen. Nachdem seit 1972 ein Psychiater als beamteter Arzt tätig und für die Alkoholkrankenfürsorge des Amtes

verantwortlich ist, konnte diese intensiviert werden. Im Mai 1978 wurden rund 180 "Sonderakten Alkoholkranker" geführt. Das Kreisgebiet ist in Bezirke eingeteilt und wird von 6 Sozialarbeitern/-innen bzw. Sozialpädagogen/-innen (1978 war eine Stelle nicht besetzt) und 6 Hilfskräften versorgt, wobei diese für den gesamten Fürsorgebereich (einschließlich Behinderten-, Alten-, Mütterfürsorge u.a.) zuständig sind. Es besteht eine gute Zusammenarbeit, zum Teil auch personell, mit den örtlichen psychosozialen Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen und einigen Selbsthilfegruppen.

Im Hohenlohekreis (ca. 85 000 Einwohner) sind beim Staatlichen Gesundheitsamt Künzelsau mit Außenstelle in Öhringen insgesamt zwei beamtete Ärzte, eine Sozialarbeiterin, 1 1/2 Fürsorge-Hilfskräfte und zwei Schreibkräfte für den gesamten Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens tätig. Der Zeitanteil, den die Alkoholkrankenfürsorge beansprucht, liegt unter 5 % der Arbeitszeit des Amtes. In ungefähr zwei- bis dreimonatigen Abständen wird durch einen Nervenarzt des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weinsberg eine sozialpsychiatrische Sprechstunde abgehalten. Im Sommer 1977 wurden insgesamt 43 Sonderakten Alkoholkranker geführt. Zur Diakonischen Bezirksstelle in Künzelsau, an der ein Sozialarbeiter zu ca. 40 % seiner Arbeitszeit mit Alkoholkrankenfürsorge tätig ist, besteht ein gutes kooperatives Verhältnis.

Beim Gesundheitsamt im Landkreis Schwäbisch Hall mit Außenstelle in Crailsheim war im Jahr 1977 nur ein beamteter Arzt tätig, eine weitere Arztstelle war nicht besetzt. An der Amtsstelle Schwäbisch Hall mit vier fürsorgerischen Kräften wurden 1977 ungefähr 40 Sonderakten Alkoholkranker geführt. Es besteht eine Zusammenarbeit mit der örtlichen psychosozialen Beratungs- und ambulanten Behandlungsstelle (keine Angaben für die Außenstelle in Crailsheim).

Beim Gesundheitsamt Tauberbischofsheim und der Außenstelle Bad Mergentheim waren im Jahr 1977 je ein beamteter Arzt tätig. Eine Arztstelle war unbesetzt. Der Main-Tauber-Kreis hat ca. 126 000 Einwohner. Die Amtsstelle in Tauberbischofsheim kann nach Auskunft des zuständigen beamteten Arztes wegen Personalmangel keine spezielle Alkoholkrankenfürsorge leisten. Ratsuchende Alkoholkranke werden an die örtliche psychosoziale Beratungs- und ambulante Behand-

lungsstelle verwiesen. Bei der Außenstelle in Bad Mergentheim sind zwei Fürsorgerinnen im Bereich der Alkoholkrankenfürsorge (neben den anderen Bereichen der Fürsorge) tätig. 1977 wurden hier 19 Sonderakten Alkoholkranker geführt.

Abb. 8: ● Die Staatlichen Gesundheitsämter in der Region Franken

• Außenstellen

D. ERHEBUNG ÜBER DIE ALKOHOLKRANKENFÜRSORGE AN DEN STAATLICHEN GESUNDHEITSÄMTERN DER REGION FRANKEN

I. ERHEBUNG DER DATEN UND BEWERTUNGSMETHODE

1. Zeit und Ort der Erhebung

Im Sommer 1977 und Frühjahr 1978 wurde an den Gesundheitsämtern des Hohenlohekreises, des Main-Tauber-Kreises, des Kreises Schwäbisch Hall und des Stadt- und Landkreises Heilbronn eine Erhebung über die dort geleistete Alkoholkrankenfürsorge durchgeführt. Die Erhebung soll neben einigen Daten zur Art des Klientels vor allem erfassen, welche Fürsorgemaßnahmen für die Alkoholkranken getroffen werden. Durch die Auswertung der an den Ämtern geführten Sonderakten Alkoholkranker soll eine Beurteilung der Effektivität der Alkoholkrankenfürsorge versucht werden.

2. Das Aktenmaterial

Die Sonderakten Alkoholkranker der Staatlichen Gesundheitsämter enthalten Angaben über Alkoholkranke, die wegen körperlicher, seelischer und sozialer Störungen aufgrund ihres Alkoholmißbrauchs dem Gesundheitsamt gemeldet und von dort fürsorglich betreut werden. Die Akten werden nicht systematisch geführt. Sie enthalten den Briefverkehr, der mit dem Alkoholkranken, dessen Angehörigen und mit anderen Einrichtungen (z.B. Psychiatrisches Landeskrankenhaus, Suchtberatungsstellen, Behörden etc.) über Angelegenheiten des Alkoholkranken geführt wurde. Außerdem sind Protokolle und Notizen über Gespräche, Telefonate, Hausbesuche und besondere Vorkommnisse enthalten.

3. Gesamtzahl der ausgewerteten Sonderakten und Auswahlkriterien

Die Erhebung beinhaltet die Daten von insgesamt 226 Sonderakten Alkoholkranker.

Von den ca. 180 Sonderakten, die beim Staatlichen Gesundheitsamt Heilbronn geführt werden, wurden alle Akten von Buchstabe A bis P der alphabetisch geführten Familiennamen der Alkoholkranken, unter der Voraussetzung, daß die letzte Eintragung nicht vor 1974 datiert war, in die Erhebung aufgenommen. Aus dem Gesundheitsamt Heilbronn gelangten somit 124 Akten in die Erhebung.

Unter den gleichen Voraussetzungen, daß alle Akten, deren letzte Eintragung vor dem Jahre 1974 liegt, unberücksichtigt blieben, wurden alle 102 Sonderakten Alkoholkranker des Gesundheitsamtes Künzelsau mit Außenstelle Öhringen, des Gesundheitsamtes Schwäbisch Hall ohne Außenstelle Crailsheim und der Außenstelle Bad Mergentheim des Gesundheitsamtes Tauberbischofsheim in die Erhebung aufgenommen.

Wegen der Vergleichbarkeit der Struktur der Gesundheitsämter Künzelsau, Schwäbisch Hall und Tauberbischofsheim werden die 102 Akten dieser Ämter als Gruppe den 124 Akten des Gesundheitsamtes Heilbronn als Gruppe gegenübergestellt.

Die Herkunft der Akten wird im folgenden mit "HN" für das Gesundheitsamt Heilbronn und mit "KÜN/SHA/TBB" für die Gesundheitsämter Künzelsau, Schwäbisch Hall und Tauberbischofsheim abgekürzt.

4. Kriterien der Erhebung

Soweit es den Akten zu entnehmen war, wurden folgende Kriterien berücksichtigt und in Tabellen zusammengefaßt:

1. Daten über das Klientel
   a) Alter
   b) Familienstand
   c) Beruf
2. Alkoholkrankenfürsorge
   a) durch wen kam der Erstkontakt zum Gesundheitsamt zustande
   b) Beginn der Fürsorgemaßnahmen
   c) Dauer der Fürsorgemaßnahmen
   d) Art der Fürsorgemaßnahmen
3. Bewertung des Erfolgs der Fürsorgemaßnahmen

5. Bewertungsmethode

Die Bewertung der Effektivität der Alkoholkrankenfürsorge wurde nach einer bei A. PIAZZI et al. (51) angegebenen Methode in modifizierter Form vorgenommen. Aus den aus den Akten ersichtlichen Daten, teilweise ergänzt durch Aussagen der Fürsorgekräfte der Gesundheitsämter, wurden folgende Lebensbereiche der Alkoholkranken untersucht:

- Bezug zum Suchtmittel
- soziale Situation
- Arbeitsbezug

Es erfolgte eine Einordnung in eine der drei Untergruppen:

- Positiv
- Gebessert
- Unverändert-negativ

Die Einteilung in die einzelnen Untergruppen wurde nach folgenden Kriterien vorgenommen:

a) Bezug zum Suchtmittel
   - Positiv: "in letzter Zeit" abstinent (die Dauer der Abstinenz ist aus den Akten nicht zu ersehen)
   - Gebessert: gegenüber früher verminderter Alkoholkonsum mit fließendem Übergang in die dritte Untergruppe
   - Unverändert-negativ: weiterhin regelmäßiger starker Alkoholkonsum

b) Soziale Situation
   - Positiv: sichtbare Verbesserung sozialer Beziehungen
   - Gebessert: teilweise Verbesserung der Beziehungen
   - Unverändert-negativ: unwesentliche Wandlung oder negative Entwicklung

c) Arbeitsbezug
   - Positiv: regelmäßige Arbeit, voller Einsatz der Arbeitskraft
   - Gebessert: bedingt arbeitsfähig, gelegentliches Fehlen am Arbeitsplatz
   - Unverändert-negativ: ungeregelte Arbeitsverhältnisse oder völlig arbeits- oder erwerbsunfähig

Über die einzelnen Lebensbereiche wird gesondert Aufstellung gegeben, da in einigen Fällen zwar Aussagen über den Bezug zum Suchtmittel, aber nicht über die soziale Situation und/oder den Arbeitsbezug möglich sind. Die Bewertung bezieht sich auf den letzten Stand der Akten am Tag der Erhebung.

Fälle mit einer Betreuungsdauer unter einem Jahr sollen, sofern die Betreuung durch Fürsorgekräfte des Gesundheitsamtes noch andauert, nicht bewertet werden.

II. ERGEBNISSE

1. Daten über das Klientel (Gesamtzahl der Fälle: 226)

a) Altersverteilung nach dem Geburtsjahr

	KÜN/SHA/TBB	HN	insgesamt
unbekannt	8	0	8
bis 1900	0	2	2
1901 - 1910	6	6	12
1911 - 1920	7	11	18
1921 - 1930	28	34	62
1931 - 1940	34	49	83
1941 - 1950	14	20	34
1951 - 1960	5	2	7

b) Familienstand

	KÜN/SHA/TBB	HN	insgesamt
unbekannt	22	2	24
ledig	31	25	56
verheiratet	46	73	119
geschieden	3	19	22
verwitwet	0	5	5

c) Beruf

	KÜN/SHA/TBB	HN	insgesamt
unbekannt	53	14	67
Facharbeiter	10	18	28
ungelernter Arbeiter	23	54	77
Hausfrau	6	14	20
Rentner	4	12	16
Landwirt	6	4	10
freiberuflich	0	4	4
Angestellter	0	3	3
Beamter	0	1	1

2. Alkoholkrankenfürsorge (Gesamtzahl der Fälle: 226)

a) Erstkontakt zum Gesundheitsamt aufgrund einer Meldung durch

	KÜN/SHA/TBB	HN	insgesamt
unbekannt	10	4	14
Psychiatrisches Landeskrankenhaus	30	49	79
polizeiliche Behörde	18	35	53
Angehörige	18	17	35
sonstige (Hausarzt, allg. Krankenhaus, Behörden)	26	19	45

b) Beginn der Fürsorgemaßnahmen (Jahr des Erstkontaktes)

	KÜN/SHA/TBB	HN	insgesamt
vor 1968	13	13	26
1968/1969	7	11	18
1970/1971	16	30	46
1972/1973	13	16	29
1974/1975	24	31	55
1976/1977	29	23	52

(Die Tabelle gibt nicht die absolute Anzahl der Erstkontakte vor 1974 wieder, da Akten, deren letzte Eintragungen vor 1974 datieren, nicht berücksichtigt wurden.)

c) Dauer der Fürsorgemaßnahmen (sowohl abgeschlossene als auch nicht abgeschlossene Fälle)

	KÜN/SHA/TBB	HN	insgesamt
bis 1 Jahr	41	17	58
1 bis 2 Jahre	6	17	23
2 bis 3 Jahre	13	14	27
3 bis 5 Jahre	10	26	36
5 bis 7 Jahre	11	25	36
7 bis 10 Jahre	11	16	27
mehr als 10 Jahre	10	9	19

d) Art der Fürsorgemaßnahmen

1. Einbestellungen zur Sprechstunde (sozialpsychiatrische Sprechstunde)

	KÜN/SHA/TBB	HN	insgesamt
Anzahl der Fälle	50	54	104
Anzahl der Einbestellungen	204	117	321
- davon nicht erschienen	45	14	59

2. Hausbesuche

	KÜN/SHA/TBB	HN	insgesamt
Anzahl der Fälle	46	118	164
Anzahl der Hausbesuche	188	793	981
- davon nicht angetroffen	49	81	130
Anzahl der Hausbesuche je Fall:			
1 bis 3 Hausbesuche	29	28	57
4 bis 6 Hausbesuche	3	40	43
6 bis 9 Hausbesuche	5	23	28
10 bis 15 Hausbesuche	4	20	24
mehr als 15 Hausbesuche	0	7	7

3. sonstige Kontakte (brieflich, telefonisch, Beratungsgespräche mit Angehörigen, medizinische Untersuchungen) und Maßnahmen (Vermittlung an ambulante und stationäre Einrichtungen)

	KÜN/SHA/TBB	HN	insgesamt
sonstige Kontakte: Anzahl der Fälle	41	72	113
Anzahl sonstige Kontakte insgesamt	144	248	392
Vermittlung an ambulante Einrichtungen für Alkoholkranke (Anzahl der Fälle)	30	35	65
Vermittlung an stationäre Einrichtungen für Alkoholkranke (Anzahl der Fälle)	6	9	15

4. Maßnahmen nach dem Gesetz zur Unterbringung von Geistes- und Suchtkranken (GUGS)

	KÜN/SHA/TBB	HN	insgesamt
Ausstellung des amtsärztlichen Zeugnisses (§ 9)			
Anzahl der Fälle	28	39	67
Anwendung des § 9 insgesamt	38	53	91
Unterbringung von Amts wegen (§ 3), vom Gesundheitsamt für nötig erachtet			
Anzahl der Fälle	20	25	45
§ 3 durchgeführt	12	20	32
Sofortige fürsorgliche Aufnahme (§ 5)			
Anzahl der Fälle	9	15	24
Anwendung des § 5 insgesamt	9	19	28
Unterbringung in Kranken- und Pflegeanstalten (§ 8)	1	0	1

3. Bewertung des Erfolgs der Fürsorgemaßnahmen

	KUN/SHA/TBB	HN	insges.	in %
Gesamtzahl der ausgewerteten Akten	102	124	226	
Betreuungsdauer unter 1 Jahr, wobei die Betreuung andauert	14	9	23	
Anzahl der bewertbaren Fälle	88	115	203	100

a) Bezug zum Suchtmittel - Schwundzahl

	KUN/SHA/TBB	HN	insges.	in %
Anzahl der bewertbaren Fälle	88	115	203	100
keine Aussage möglich	35	29	64	31,5
Aussage möglich	53	86	139	68,5

Bezug zum Suchtmittel - Ergebnisse

Anzahl der Fälle mit möglicher Aussage	53	86	139	100
Positiv	7	16	23	16,5
Gebessert	16	30	46	33,1
Unverändert-negativ	30	40	70	50,4

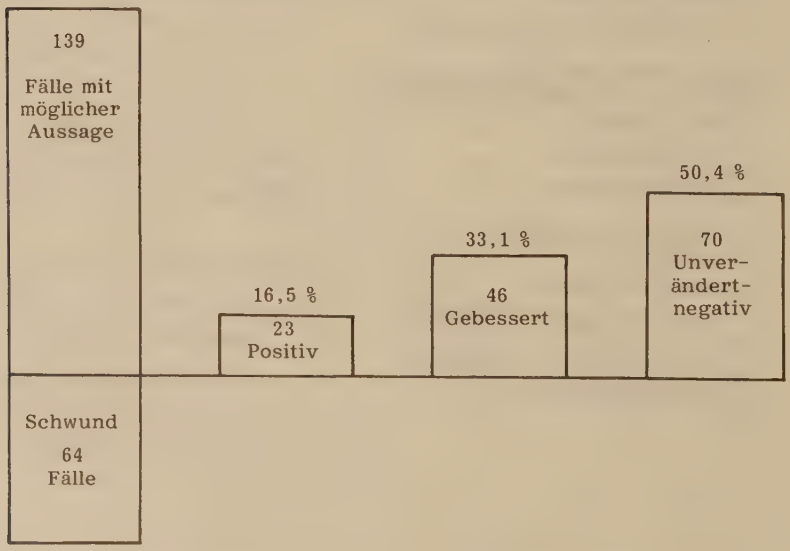

Abb. 9: Der Erfolg der Fürsorgemaßnahmen in bezug zum Suchtmittel

b) Soziale Situation - Schwundzahl

	KUN/SHA/TBB	HN	insges.	in %
Anzahl der bewertbaren Fälle	88	115	203	100
keine Aussage möglich	42	29	71	35,0
Aussage möglich	46	86	132	65,0

Soziale Situation - Ergebnisse

Anzahl der Fälle mit möglicher Aussage	46	86	132	100
Positiv	5	19	24	18,2
Gebessert	18	32	50	37,9
Unverändert-negativ	23	35	58	43,9

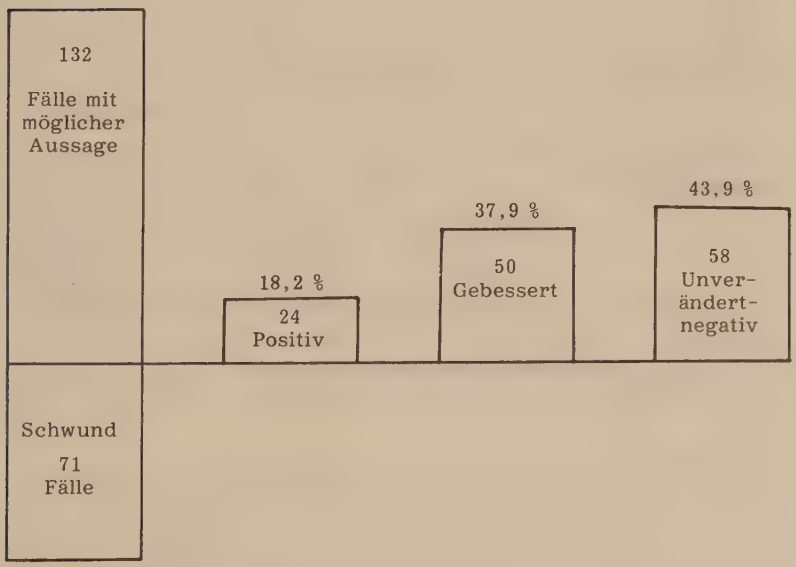

Abb. 10: Der Erfolg der Fürsorgemaßnahmen in bezug zur sozialen Situation

c) Arbeitsbezug - Klienten ohne Arbeitsverhältnis (Hausfrauen, Rentner) und Schwundzahl

	KÜN/SHA/TBB	HN	insges.	in %
Anzahl der bewertbaren Fälle	88	115	203	100
Klienten ohne Arbeitsverhältnis	10	26	36	17,8
Schwundzahl	44	33	77	37,9
Aussage möglich	34	56	90	44,3

Arbeitsbezug - Ergebnisse

Anzahl der Fälle mit möglicher Aussage	34	56	90	100
Positiv	4	23	27	30,0
Gebessert	12	12	24	26,7
Unverändert-negativ	18	21	39	43,3

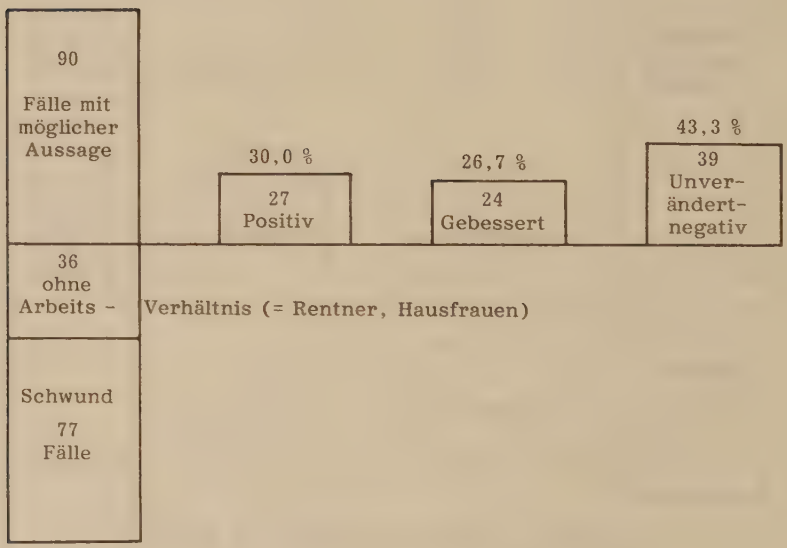

Abb. 11: Der Erfolg der Fürsorgemaßnahmen den Arbeitsbezug betreffend

III. FALLBEISPIELE

Durch die folgenden fünf typischen Fallbeispiele soll die Alkoholkrankenfürsorge durch die Gesundheitsämter illustriert werden.

Fall I

Herr W., geb. 1925, ledig, ungelernter Arbeiter

Herr W. wird im Juni 1974 von seinen Angehörigen dem Gesundheitsamt gemeldet. W. sei über Jahre von ihnen versorgt, sein Alkoholkonsum von ihnen gedeckt worden. W. lebe auf Kosten der Familie, er sei verwahrlost. Sie seien nicht mehr bereit, ihn weiterhin zu versorgen.

W. wird zum sozial-psychiatrischen Sprechtag des Gesundheitsamtes einbestellt. Da er keine Behandlungsbereitschaft zeigt, wird den Angehörigen geraten, über das Landratsamt einen Antrag auf Zwangsunterbringung zu stellen. Gleichzeitig wird die Diakonische Bezirksstelle unterrichtet und um Mithilfe gebeten. Die Angehörigen unternehmen vorerst nichts.

Im September 1975, ein Jahr später, beschweren sich die Angehörigen von W. erneut beim Gesundheitsamt über das unerträgliche Verhalten ihres Verwandten. Auf erneutes Anraten stellen sie jetzt beim Landratsamt einen Antrag auf Unterbringung.

Im Oktober 1975 erkundigt sich der Bruder von W. über den Stand des Verfahrens. Nach Anfrage beim Landratsamt wird in Erfahrung gebracht, daß zuerst noch die zuständige Ortsbehörde Stellung beziehen müsse, bevor durch das Gesundheitsamt weitere Maßnahmen möglich seien.

Im Februar 1976 Hausbesuch durch die Gesundheitsfürsorgerin bei W.: "W. liegt morgens um 9 Uhr noch im unbezogenen Bett, es herrscht intensiver Uringeruch." W. ist bereit, zu einer Untersuchung in das Gesundheitsamt zu kommen.

Im Mai 1976 findet nach Anordnung durch die Kreisbehörde eine amtsärztliche Untersuchung statt: W. erscheint pünktlich, ist ordentlich gekleidet, nicht betrunken, höflich. Er bagatellisiert seinen Alkoholkonsum. Beurteilung durch den Amtsarzt: "W. scheint auf Grund sei-

nes Alkoholabusus hirnorganisch verändert. Er ist nicht krankheitseinsichtig und zu einer Entwöhnungskur derzeit nicht motiviert. Es ist deshalb nicht sinnvoll, ihn in das psychiatrische Landeskrankenhaus einzuweisen. Nach den vorliegenden Unterlagen sind die häuslichen Verhältnisse untragbar, und der Patient braucht fremde Hilfe, um nicht völlig zu verwahrlosen. Eine Unterbringung in einem Heim erscheint am geeignetsten, da die Angehörigen seine Versorgung ablehnen. Wenn ein entsprechender Platz gefunden ist, kann erst entschieden werden, ob W. freiwillig dorthin gehen wird. Ansonsten ist eine Einweisung in das Psychiatrische Landeskrankenhaus zu erwägen."

Nach Rücksprache mit dem Leiter der Entwöhnungsabteilung des PLK im Juni 1976 wird, da ein geeigneter Heimplatz nicht vorhanden ist, eine zwangsweise Unterbringung in das PLK angestrebt. Über die Kreisbehörde wird W. erneut zur amtsärztlichen Untersuchung einbestellt.

Im September 1976 war W. dem Termin der amtsärztlichen Untersuchung nicht gefolgt. Nach erneuter Vorladung wird W. im Oktober 1976 amtsärztlich untersucht: "Eine Unterbringung im PLK nach § 3 GUGS ist angezeigt, die Kreisbehörde wird unterrichtet."

Im November 1976 entscheidet das Amtsgericht: "Die Unterbringung von W. nach § 3 GUGS ist nicht zulässig." In der Zwischenzeit wird W. von einem Sozialarbeiter der Diakonischen Bezirksstelle betreut. Dieser schreibt an die Kreisbehörde im Februar 1977: "W. wohnt in einer Hütte ohne Wasser und Elektrizität, er ist völlig verwahrlost, lehnt aber eine Unterbringung in einem nahegelegenen Pflegeheim ab. Eine sinkende Alkoholtoleranz ist festzustellen. Die weitere ambulante Betreuung ist nicht mehr möglich."

Im Februar 1977 wird auf Ersuchen der Kreisbehörde erneut die Ausstellung eines amtsärztlichen Zeugnisses durch das Gesundheitsamt erbeten.

Im März 1977 teilt der Amtsarzt der Kreisbehörde mit, er halte eine erneute amtsärztliche Untersuchung für sinnlos. Die Verantwortung für W. liege nunmehr in den Händen des Amtsgerichts.

Weitere Eintragungen liegen nicht vor, außer dem Vermerk: "Seit 1978 befindet sich W. in einem Pflegeheim."

Fall II

Frau K., geb. 1920, ledig, Frührentnerin

Frau K. wird im November 1959 zum erstenmal von der Polizei dem Gesundheitsamt gemeldet, nachdem sie betrunken und randalierend in Erscheinung getreten war. 1960 tritt sie freiwillig eine Entwöhnungsbehandlung an, sie wird aber sofort nach der Entlassung rückfällig. In der Folgezeit wird Frau K. mehrere Male gem. § 10 GUGS amtsärztlich untersucht und von Juli 1965 bis Januar 1966 auf Beschluß des Amtsgerichts gem. § 3 GUGS im Psychiatrischen Landeskrankenhaus (PLK) untergebracht.

Frau K. wird beschrieben als "minderbegabte, asoziale, haltlose Psychopathin, die ihrem Alkoholabusus völlig kritiklos gegenübersteht. Sie ist praktisch nicht lenkbar und soweit depraviert, daß sie bereits Parfüm trinkt".

Nachdem Frau K. bis 1969 insgesamt 30 mal durch Randalieren, Beleidigung und Verkehrsgefährdung polizeilich in Erscheinung getreten war, wird sie im November 1969 erneut nach § 3 GUGS im PLK untergebracht. Die Unterbringung war vom Amtsgericht nur für "kurze Zeit" angeordnet worden, da "eine Entwöhnungskur auf Grund der Gesamtpersönlichkeit völlig aussichtslos" sei. Frau K. entweicht aber im Januar 1970 noch vor der Entlassung.

Ab August 1970 wird Frau K. in monatlichen Abständen von einer Fürsorgerin des Gesundheitsamtes zu Hause aufgesucht, bis sie im Januar 1971 wegen unhaltbarer häuslicher Zustände nach § 5 GUGS (sofortige fürsorgliche Aufnahme) wieder im PLK untergebracht wird. Wie früher verläßt sie im Mai 1971 wieder ohne Genehmigung die Anstalt.

Frau K. wird in der Folgezeit in halbjährlichen Abständen von der Gesundheitsfürsorgerin zu Hause besucht. Da sie bei ihrer inzwischen selbst gebrechlichen Mutter lebt, wird ihr in Zusammenarbeit mit dem Sozialamt eine Vermögenspflegschaft eingerichtet.

Im November 1973 wird sie in ein Pflegeheim eingewiesen, von dem sie im Juni 1974 entweicht. Von 1975 bis Juli 1977 lebt sie in einem Altenheim, von dem sie wegen ihres anhaltenden Alkoholabusus als "nicht mehr tragbar" in das PLK weitergeleitet wird. Nachdem sie nach nur

zweitägigem Aufenthalt von dort weggelaufen war und die Verwandten sich darauf beschwerten, daß man "keine härteren Maßnahmen" angewandt hatte, wird Frau K. im Juli 1977 erneut nach § 3 GUGS im PLK untergebracht. (Weitere Eintragungen bestehen nicht.)

Fall III

Herr C., geb. 1929, verheiratet, drei Kinder, Facharbeiter

Herr C. wird dem Gesundheitsamt im Februar 1970 mit der Bitte um "weitere fürsorgerische Betreuung" von der Aufnahmestation des PLK gemeldet. C. war dort wegen eines praedeliranten Zustandes bei chronischem Alkoholismus für kurze Zeit behandelt worden. Obwohl C. sich einsichtig zeigte, hatte er eine längerfristige Entwöhnungsbehandlung abgelehnt.

Bei Hausbesuchen im März und August 1970 kann die Fürsorgerin des Gesundheitsamtes mit der Ehefrau von C. die bestehende Problematik besprechen. Frau C. gibt an, ihr Mann gehe regelmäßig zur Arbeit und habe sich hinsichtlich seines Alkoholkonsums gebessert. Doch schon einen Monat später bittet Frau C. telefonisch um die Einbestellung ihres Mannes zur sozialpsychiatrischen Sprechstunde, da er wieder rückfällig geworden sei. Herr C. wird einbestellt, erscheint aber nicht, ebenfalls nicht beim nächsten Termin im Dezember 1970. Die Ehefrau berichtet, ihr Mann habe sich wieder gebessert.

Im November 1971 sucht Frau C. erneut Hilfe beim Gesundheitsamt, weil ihr Mann wieder sehr viel trinke. Nach Einbestellung erscheint Herr C. in der Sprechstunde des Gesundheitsamtes. Der Nervenarzt vermerkt in der Akte: "C. macht nicht den Eindruck, als ob er viel trinke. Er ist sozial eingegliedert."

Herr C. wird in der Folgezeit in jährlichen Abständen zum sozialpsychiatrischen Sprechtag einbestellt und gelegentlich von der Fürsorgerin zu Hause besucht. Nach Auskunft der Ehefrau ist C. alle vier bis sechs Wochen einmal betrunken. Sonst gehe er regelmäßig seiner Arbeit nach. Zu einer Entwöhnungsbehandlung zeigt sich C. nicht bereit. Bei der sozialpsychiatrischen Sprechstunde im Juli 1974 wird vermerkt: "Die Einbestellung zur Sprechstunde hat für C. eigentlich nur eine gewisse Kontrollfunktion, ansonsten gibt es keine Fortschritte."

Seit Oktober 1975 hat Herr C. vermehrt Kontakt zum Pfarrer seines Wohnortes, nachdem die Fürsorgerin des Gesundheitsamtes diesen vermittelt hatte. C. ist in der Folgezeit hinsichtlich seines Alkoholkonsums unauffällig. Er befindet sich in nervenärztlicher Behandlung.

Fall IV

Herr B., geb. 1935, verheiratet, ungelernter Arbeiter

Nachdem Herr B. im Jahre 1975 zweimal in das PLK mit der Diagnose 'Delirium tremens' eingewiesen worden war, wird er im Januar 1976 völlig verwahrlost und betrunken von der Polizei zum Gesundheitsamt gebracht. Es erfolgt eine sofortige fürsorgliche Aufnahme gem. § 5 GUGS in das PLK. Nach zweimonatigem Aufenthalt entweicht B. von dort und wird entlassen.

Einen Monat später, im April 1976, wird B. erneut auffällig: Er bedrohe seine Frau und seine Kinder und gefährde sich und die Öffentlichkeit. Bis Mitte 1977 wird B. noch insgesamt achtmal mit praedeliranten Zuständen bzw. schwerem Delirium tremens in das PLK eingewiesen und nach Abklingen der akuten Symptomatik als "nicht behandelbar" wieder entlassen. Durch eine Sozialarbeiterin des Gesundheitsamtes werden zwischenzeitlich Hausbesuche durchgeführt. Die Ehefrau von B. nimmt dabei eine beschwichtigende Rolle ein. Die letzte stationäre Aufnahme war erfolgt, nachdem B. nach dem Konsum von 3,5 Liter 'Jägermeister' auf der Straße zusammengebrochen war.

Im Juli 1977 stellt die Ehefrau auf Anraten der Sozialarbeiterin beim Amt für Öffentliche Ordnung einen Antrag auf Unterbringung von Amts wegen (§ 3 GUGS). Bei der amtsärztlichen Untersuchung legt B. ein selbstbewußtes Auftreten an den Tag. Sein Alkoholkonsum gehe niemand etwas an. Zu einer freiwilligen Entwöhnungsbehandlung sei er nicht bereit. Der Antrag wird vom Amtsgericht für zulässig erklärt, und B. für sechs Monate im PLK untergebracht.

Bei der Entlassung im Februar 1978 schien die Prognose positiv. Nach wenigen Wochen wird B. erneut rückfällig. B. erscheint nur unregelmäßig an seiner Arbeitsstelle.

Fall V

Herr H., geb. 1941, verheiratet, Facharbeiter

Herr H. befand sich von August 1972 bis Februar 1973 zu einer Entwöhnungsbehandlung im PLK. Er war dort als Alpha-Alkoholiker eingestuft worden, dessen Mißbrauch schon zu einem sozialen Abstieg geführt hatte.

Im Oktober 1974 fragen die Angehörigen von H. beim Gesundheitsamt um Rat, da H. rückfällig geworden sei. H. wird zweimal auf das Gesundheitsamt einbestellt und von dort aus an eine Suchtberatungsstelle der Caritas weitervermittelt. Es wird erneut eine Entwöhnungsbehandlung im PLK beantragt.

Nach viermonatiger stationärer Behandlung konnte Herr H. mit guter Abstinenzmotivation entlassen werden. Er schließt sich einer vom PLK initiierten Selbsthilfegruppe an und wird in den folgenden zwei Jahren in viermonatigen Abständen durch eine Sozialarbeiterin des Gesundheitsamtes zu Hause besucht.

Im Februar 1976 muß Herr H. wegen eines Suizidversuchs für vier Wochen im PLK untergebracht werden. In der folgenden Zeit bleibt Herr H. abstinent. Weiterhin nimmt er an einer Selbsthilfegruppe teil. Bei den halbjährlichen Hausbesuchen durch eine Sozialarbeiterin des Gesundheitsamtes kann eine Konsolidierung der sozialen Verhältnisse von H. festgestellt werden.

E. DISKUSSION

I. DIE VERSORGUNG DER ALKOHOLKRANKEN IN DER REGION FRANKEN

Durch die Errichtung einer Entwöhnungsabteilung im Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weinsberg ist im Bereich der stationären Versorgung der Alkoholkranken in der Region Franken in den letzten zehn Jahren eine erhebliche Verbesserung der Situation eingetreten. Die Aufgliederung der Abteilung in Stationen zur kurz-, mittel- und langfristigen Behandlung mit einem an das jeweilige Patientengut angepaßten Therapieangebot und die Einbeziehung der gesetzlich untergebrachten bzw. straffällig gewordenen Alkoholkranken in die Therapie mit Freiwilligen lassen eine größere Effektivität der Behandlung erwarten.

Im Bereich der ambulanten Versorgung der Alkoholkranken wird es durch die Neuerrichtung bzw. durch den Ausbau vorhandener Einrichtungen zu psychosozialen Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen nach den Richtlinien des baden-württembergischen Sozialministeriums zunehmend mehr Alkoholkranken ermöglicht werden, eine qualifizierte ambulante Behandlung zu erhalten. Nach dem Ausbau der Einrichtungen werden in der Region Franken mit ungefähr 700 000 Einwohnern insgesamt vier psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstellen für Suchtkranke vorhanden sein. Nach den Vorstellungen der Psychiatrie-Enquête, wonach eine Fachambulanz für ein Standardversorgungsgebiet mit durchschnittlich 250 000 Einwohnern vorgesehen ist, kann die Region damit als "gut versorgt" angesehen werden. In den ländlichen Kreisen entstehen aber, bedingt durch die geringe Bevölkerungsdichte, erhebliche Probleme durch die großen Entfernungen zu den einzelnen Einrichtungen. Mit der Errichtung von Außenstellen, in denen die Mitarbeiter der psychosozialen Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen Sprechstunden abhalten und auch Gruppentherapie anbieten, wird versucht, diesem Problem zu begegnen.

Auch die Arbeit der Selbsthilfegruppen läßt in den letzten Jahren eine positive Entwicklung erkennen. Durch Initiativen und unterstützende Mitarbeit einzelner Suchtkrankentherapeuten der Entwöhnungsabteilung

des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weinsberg entstanden auch in den ländlichen Kreisen einige Selbsthilfegruppen. Die teilweise großen Entfernungen zu den einzelnen Gruppen schaffen allerdings für einzelne Alkoholkranke erhebliche Schwierigkeiten. Die "Arbeitsgemeinschaft der Selbsthilfegruppen der Region Franken e.V." ermöglicht in Wochenendseminaren und Schulungen die Ausbildung und Fortbildung von freiwilligen Helfern in der Suchtkrankenarbeit.

II. DIE ALKOHOLKRANKENFÜRSORGE DURCH DIE STAATLICHEN GESUNDHEITSÄMTER

Eine Anpassung der Strukturen, wie sie im stationären und ambulanten Bereich als Folge der steigenden Zahl der Alkoholkranken und der neuen Erkenntnisse in der Behandlung Alkoholkranker vorgenommen worden ist, ist für den Bereich der Alkoholkrankenfürsorge durch die Staatlichen Gesundheitsämter nicht erfolgt. Entsprechend eines nur begrenzten Auftrages durch den Gesetzgeber, in der Versorgung der Alkoholkranken mitzuwirken, spielt die Alkoholkrankenfürsorge durch die Gesundheitsämter insbesondere in den ländlichen Kreisen neben dem gesamten Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens nur eine untergeordnete Rolle. Mangels ausreichendem und qualifiziertem Personal werden Alkoholkranke, die eine gewisse Krankheitseinsicht und Motivation zur Therapie zeigen und aus verschiedenen Gründen dem Gesundheitsamt gemeldet wurden, wenn möglich an eine der Suchtberatungsstellen weitervermittelt. Die bei den Gesundheitsämtern verbleibenden und zu betreuenden Alkoholkranken stellen daher eine Auslese von prognostisch ungünstigen Fällen, eine "Negativauslese der Alkoholkranken" dar. Zu einem großen Teil sind diese Alkoholkranken identisch mit der Gruppe derjenigen Patienten, die nach RIETH "auf unsere therapeutischen Möglichkeiten praktisch überhaupt nicht ansprechen. Bei ihnen ist eine Rezidivfreiheit überhaupt nicht oder nur für sehr kurze Zeit zu erreichen. ... Es ist eine bis heute ungelöste Frage, welche Formen der Versorgung und Unterbringung für diesen Personenkreis geschaffen werden können, ohne daß der Allgemeinheit durch diese Patienten ständig Kosten in einem unvertretbar hohen Ausmaß entstehen". (53)

Im einzelnen zeigt die Erhebung, daß der Anteil der Frauen unter den insgesamt 226 Alkoholkranken über 20 Prozent beträgt. In den ländlichen Kreisen handelt es sich bei jedem sechsten der von den Gesundheitsämtern betreuten Alkoholkranken um eine Frau, im Stadt- und Landkreis Heilbronn ist annähernd jeder vierte Alkoholkranke weiblichen Geschlechts. Diese Zahlen kommen somit dem bei DEMEL angegebenen Anteil von 25 bis 30 Prozent (13) recht nahe.

Der Anteil der älteren Alkoholkranken ist im Patientengut der Gesundheitsämter relativ groß. Mehr als 47 Prozent der betreuten Alkoholkranken waren zum Zeitpunkt der Erhebung 47 Jahre und älter. Auffallend hoch ist auch der Anteil der ungelernten Arbeiter mit über einem Drittel aller Berufsangaben. Beides, hohes Alter und niedrige soziale Stufe, werden als prognostisch ungünstige Faktoren in der Behandlung des Alkoholismus angegeben. (70)

Hinweise für die Schwere der Störungen, besonders im sozialen Bereich der von den Gesundheitsämtern betreuten Alkoholkranken, sind der hohe Anteil der von polizeilichen Behörden gemeldeten Alkoholkranken (häufig wegen Randalierens, verkehrsgefährdenden Verhaltens, Bedrohung der Angehörigen etc.) sowie die Dauer der Fürsorgemaßnahmen. Mehr als ein Drittel der Alkoholiker war zum Zeitpunkt der Erhebung länger als fünf Jahre in der fürsorgerischen Betreuung durch das Gesundheitsamt.

Einbestellungen zur Sprechstunde des Gesundheitsamtes und Hausbesuche sind die am häufigsten angewandten Methoden der Alkoholkrankenfürsorgearbeit. Die Frequenz der Maßnahmen ist nicht einheitlich. Das im Vergleich zu den übrigen Gesundheitsämtern relativ gut ausgestattete Gesundheitsamt in Heilbronn führt Hausbesuche in halbjährlichen Abständen durch. Bei den Hausbesuchen werden relativ häufig die Alkoholkranken nicht angetroffen, da nicht selten bei arbeitenden Personen die Dienstzeit der Sozialarbeiter bzw. Fürsorgerinnen mit der Arbeitszeit der Alkoholkranken zusammenfällt. Aus bürokratischen Gründen scheint eine Änderung dieser Tatsache, z.B. eine Verlegung der Dienstzeit der Sozialarbeiter in die Abendstunden, recht schwierig zu sein.

Die bei der Anwendung der Maßnahmen nach dem Unterbringungsgesetz entstehenden Probleme sind in den angeführten Fallbeispielen

(I, II, IV) anschaulich illustriert. Eine verbesserte Kooperation der beteiligten Behörden könnte in einzelnen Fällen Verzögerungen bei der Unterbringung und Mißstimmung zwischen einzelnen Behörden vermeiden helfen.

III. DIE EFFEKTIVITÄT DER ALKOHOLKRANKENFÜRSORGE

In der Bewertung der aus der Erhebung gewonnenen Zahlen über den Erfolg der Fürsorgemaßnahmen sind die im vorhergehenden Abschnitt genannten Voraussetzungen zu berücksichtigen. Für den Großteil der von den Gesundheitsämtern betreuten Alkoholkranken können somit nicht die absolute Abstinenz und die "Neuformung der ganzen Persönlichkeit" (BAUMEISTER) (8) als allein gültige Therapieziele angesehen werden. Vielmehr muß entsprechend einer nur sehr beschränkten Zielsetzung auch eine Besserung im Trinkverhalten sowie vor allem eine Besserung der sozialen Situation und des Arbeitsbezugs als Erfolg der Alkoholkrankenfürsorge angesehen werden.

Die relativ hohen Schwundzahlen, zwischen 31,5 Prozent für den Bereich 'Bezug zum Suchtmittel' und 37,9 Prozent für den Bereich 'Arbeitsbezug' sind nicht im gleichen Sinne zu bewerten, wie es im Abschnitt über die Ergebnisse in der Behandlung Alkoholkranker getan worden ist. Da die Akten, aus denen die Angaben über den Erfolg der Fürsorgemaßnahmen entnommen wurden, nicht systematisch geführt werden, ist in einem Teil der Schwundfälle keine Aussage zu treffen, weil die Angaben in den Akten nicht ausreichend waren. Diese Fälle unterscheiden sich aber im übrigen nicht von den Fällen, in denen eine Aussage möglich ist. Es ist also nicht anzunehmen, daß das Ergebnis dadurch in eine positive Richtung verfälscht worden ist. In einem anderen Teil der Schwundfälle ist deswegen keine Aussage möglich, weil die betreffenden Alkoholkranken in Heime verlegt wurden. Durch eine hier verstärkte Kontrolle gegenüber der früheren Situation ist davon auszugehen, daß eine Heimunterbringung eher eine Verbesserung der Gesamtsituation des Alkoholkranken ermöglicht.

Die Kriterien für die Beurteilung der Abstinenz konnten in der vorliegenden Erhebung nur ungenau festgelegt werden. Die Einordnung in die Gruppe der Abstinenten ist daher im Vergleich zu anderen

katamnestischen Erhebungen (53, 51) weniger streng erfolgt. Die erzielte Abstinenzrate von 16,5 Prozent ist daher trotz der genannten ungünstigen Voraussetzungen als erstaunlich niedrig anzusehen. Nach dem aus dem "Rand-Report" angeführten Zahlen (6) entspricht sie einer spontanen Abstinenzrate (Abstinenzrate ohne Behandlung), allerdings ohne die in unserem Falle vorliegende Selektion.

Wenn man von einem gewissen Erfolg der Alkoholkrankenfürsorge sprechen will, so sind hier die Zahlen der Gebesserten mit einzubeziehen. Eine Besserung der sozialen Situation in über 55 Prozent der bewertbaren Fälle und des Arbeitsbezuges in über 56 Prozent der bewertbaren Fälle wird vor allem aus der Sicht der Angehörigen der betreffenden Alkoholkranken eine nicht zu unterschätzende positive Entwicklung darstellen.

Aus den Ergebnissen und den Gesprächen mit vielen der in den Gesundheitsämtern der Region Verantwortlichen muß allerdings geschlossen werden, daß unter gewissen Voraussetzungen die Alkoholkrankenfürsorge der Gesundheitsämter effektiver gestaltet werden könnte. Wenn auch aus dem Vergleich der Ergebnisse aus den Gesundheitsämtern der Kreise Hohenlohe, Schwäbisch Hall und Main-Tauber, mit denen des Gesundheitsamtes in Heilbronn sicherlich keine statistisch signifikanten Unterschiede resultieren, so sind dennoch einige Hinweise gegeben, die eine größere Effektivität der Alkoholkrankenfürsorge des Gesundheitsamtes Heilbronn mit seiner besseren personellen Ausstattung vermuten lassen. Es sind dies die niedrigere Schwundzahl von 25 Prozent gegenüber einer Schwundzahl von annähernd 40 Prozent bei den Ämtern der ländlichen Kreise sowie bessere Ergebnisse in allen drei untersuchten Bereichen. So beträgt z.B. der Anteil der Gebesserten und positiv Veränderten bezüglich der sozialen Situation 59,3 Prozent gegenüber 50,0 Prozent bei den Ämtern der ländlichen Kreise.

Da in den meisten Fällen auch andere Einrichtungen der Betreuung Alkoholkranker beteiligt sind, sind die Ergebnisse über den Erfolg der Alkoholkrankenfürsorge als Resultat der Arbeit aller dieser Einrichtungen anzusehen. Inwieweit die etwas besseren Ergebnisse im mehr städtischen Bereich auch durch das hier größere Angebot an Einrichtungen für Alkoholkranke erzielt wurden, ist nur schwer abzuschätzen.

Aufgrund des Mangels an geeigneten Arbeitskräften bei den Gesundheitsämtern kann häufig nur eine Kontrolle, aber keine echte Betreuung und Hilfe geleistet werden. Durch mehr Personal und durch eine bessere Anpassung der Arbeitsweise an die Verhältnisse der Alkoholkranken (z.B. Verlegung der Dienstzeiten des Personals, so daß berufstätige Alkoholkranke auch nach Beendigung ihrer Arbeit besucht werden können) könnten die Abstände der einzelnen Kontakte (Einbestellungen und Hausbesuche) verkürzt werden. Ein halbjährlich stattfindender Hausbesuch wird in der Regel keine "therapeutische Beziehung" zwischen dem Alkoholkranken und dem Sozialarbeiter des Gesundheitsamtes entstehen lassen.

Sofern das Gesundheitsamt weiterhin Aufgaben der Alkoholkrankenfürsorge wahrnimmt, und diese effektiver gestaltet werden soll, ist zu fordern, daß an allen, auch den kleinen Ämtern in den ländlichen Kreisen, mehr qualifiziertes Personal angestellt wird. Insbesondere könnte dann auch eine prophylaktische Arbeit, die auf dem Gebiet des Alkoholmißbrauchs durch die Gesundheitsämter der Region bis jetzt noch überhaupt nicht berücksichtigt ist, geleistet werden.

Sofern eine Verbesserung der Personalsituation bei den Gesundheitsämtern nicht möglich ist, müßte als Konsequenz die Alkoholkrankenfürsorge völlig den inzwischen errichteten psychosozialen Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen übertragen werden und sich die Arbeit der Gesundheitsämter auf die Maßnahmen nach dem Unterbringungsgesetz beschränken.

F. ZUSAMMENFASSUNG

Nach einem Überblick über die Einrichtungen der Alkoholkrankenfürsorge in der baden-württembergischen Region Franken wird im Rahmen einer Erhebung die Alkoholkrankenfürsorge der Staatlichen Gesundheitsämter untersucht und eine Beurteilung der Effektivität dieser Arbeit vorgenommen.

Bei der Beurteilung wurden 203 Fälle berücksichtigt. Der Erfolg der Fürsorgemaßnahmen wurde den Eintragungen der von den Gesundheitsämtern geführten Akten entnommen und in einigen Fällen durch Aussagen des zuständigen Fürsorgepersonals erhoben. Die Beurteilung beinhaltet den Bezug zum Suchtmittel, die soziale Situation und den Arbeitsbezug nach Abschluß oder mindestens einjähriger Dauer der Fürsorgemaßnahmen.

Über den Bezug zum Suchtmittel konnte in 139 der 203 Fälle eine Aussage getroffen werden. In 16,5 Prozent bestand eine Alkoholabstinenz, in 33,1 Prozent eine Besserung des Trinkverhaltens und in 50,4 Prozent wurde der Bezug zum Alkohol als unverändert negativ beschrieben.

Die soziale Situation, bei 132 Fällen beurteilbar, konnte in 18,2 Prozent als positiv und in 37,9 Prozent als gebessert bezeichnet werden. In 43,9 Prozent bestanden unverändert negative soziale Verhältnisse.

Aussagen über den Arbeitsbezug waren in 90 Fällen möglich. Er wurde in 30 Prozent als positiv, in 26,7 Prozent als gebessert und in 43,3 Prozent als unverändert negativ angegeben.

Die Fürsorge der Gesundheitsämter erstreckt sich vor allem auf Alkoholkranke, die einer spezifischen Behandlung nur schwer zugeführt werden können. Die Personalsituation bei den Gesundheitsämtern läßt aber eine ausreichende Betreuung dieser Alkoholkranken derzeit nicht zu, prophylaktische Maßnahmen können nicht ergriffen werden. Es ist festzustellen, daß durch den Einsatz von mehr qualifiziertem Personal die Alkoholkrankenfürsorge effektiver gestaltet werden könnte.

Es bestehen Hinweise, daß die Alkoholkrankenfürsorge im eher großstädtischen Bereich eine größere Effektivität erzielt gegenüber der Alkoholkrankenfürsorge auf dem Land.

G. LITERATURVERZEICHNIS

1 ALBRECHT, G.: Entwicklung und Funktion der Sozialarbeit. Sozialer Fortschritt 24, Heft 3, 49-57, 1975

2 ANDRITSCH, F.: Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt. Eine katamnestische Untersuchung. Suchtgef. 23, 107-110, 1977

3 ANDRITSCH, F.: Alkoholentwöhnungsbehandlung im Landeskrankenhaus. In: F. Reimer (Hrsg.): Krankenhauspsychiatrie, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 1977

4 ANDRITSCH, F., F. REIMER: Zur Problematik zwangseingewiesener Alkoholkranker in einem psychiatrischen Krankenhaus. Öff. Gesundh.-Wesen 33, 317-322, 1971

5 ANDRITSCH, F., F. REIMER: Die regionale Versorgung der Alkoholabhängigen aus der Sicht eines psychiatrischen Krankenhauses in Baden-Württemberg. Öff. Gesundh.-Wesen 39, 383-386, 1977

6 ARMOR, D.J., J.M. POLICH, H.B. STAMBUL: Alcoholism and treatment. Zit. in OLBRICH, R., H. WATZL: Behandlungsergebnisse in der Therapie des Alkoholismus. Eine Übersicht. Suchtgef. 24, 1-8, 1978

7 BAUMANN, J.: Unterbringungsrecht, S. 278, J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), Tübingen 1966

8 BAUMEISTER, W.: Taschenbuch der Suchtkrankenfürsorge, 2. erw. Aufl., Hoheneck-Verlag, Hamm 1960

9 BECKER, K.P.: Psychologische Aspekte der beruflichen Rehabilitation Alkoholkranker. In: Dieter Maul (Hrsg.): Alkohol am Arbeitsplatz. Neuland-Verlag, Hamburg 1979

10 BIEL, W.: Die Schlacht auf den deutschen Straßen. Neuland 89, 2-3, 1978

11 Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit: Drogenberatung Wo?, 4. überarbeitete Aufl., Bonn 1978

12 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Aktionsprogramm zur Eindämmung und Verhütung des Alkoholmißbrauchs, Köln 1975

13 DEMEL, J.: Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen. Neuland, Hamburg 1976

14 DEUTSCHER BUNDESTAG: Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Schlußbericht der Sachverständigenkommission. Bundestagsdrucksache 7/4200, 1975

15 DEUTSCHER BUNDESTAG: Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Bundestagsdrucksache 7/4201, 1975

16 DEUTSCHER BUNDESTAG: Alkohol- und Drogenmißbrauch sowie Kriminalität von Kindern und Jugendlichen. Antwort der Bundesregierung. Bundestagsdrucksache 8/922, 1977

17 DILLING, H., H. HIPPIUS: Therapie und Rehabilitation von Alkoholkranken. Öff. Gesundh.-Wesen 40, 38-43, 1978

18 ECKARDT, H.: Zur ambulanten Behandlung von Alkoholkranken in Nordrhein-Westfalen. Suchtgef. 20, 191-194, 1974

19 EDDY, N.B., H. HALBACH, H. ISBELL, M. SEEVERS: Drug dependence: its significance and characteristics. Bull. Org. Mond. Sante. Bull. Wld. Hlth. Org. 32, 721-733, 1965

20 ELLWANGER, E.: Die wichtigsten aktuellen Zahlen und Daten des Alkoholproblems in der BRD aus der Sicht der Deutschen Rentenversicherungsträger. Vortragsmanuskript bei der 10. Bad Mergentheimer Lebertagung der Sozialmediziner. 1977

21 EMRICK, C.D.: A review of psychologically orientated treatment of alcoholism. I. The use and interrelationships of outcome criteria and drinking behaviour following treatment. Quart. J. Stud. Alc. 35, 523-549, 1974

22 ENGEL, W.: Trunksucht = Krankheit? Kritische Gedanken zu einem Urteil. Dtsch. Ärzteblatt 66, 1046, 1969

23 Fachausschuß "Suchtkrankenhilfe" der DHS: Grundsätze und Kriterien für die Behandlung Suchtkranker. Suchtgef. 21, 47-51, 1975

24 FEUERLEIN, W.: Probleme und Ergebnisse der epidemiologischen Forschung beim Alkoholismus. Suchtgef. 20, 234-237, 1974

25 FEUERLEIN, W.: Alkoholismus-Mißbrauch und Abhängigkeit. Thieme Verlag, Stuttgart 1975

26 FEUERLEIN, W.: Stand der Alkoholismusforschung. Nervenarzt 50, 267-276, 1979

27 FLATH, K.: Kosten des Alkoholismus. Suchtgef. 16, 1-3, 1970

28 FRANKE, M.: Ausmaß und Situation von Alkoholmißbrauch und Alkoholismus in der Bundesrepublik Deutschland. Öff. Gesundh.-Wesen 39, 73-78, 1977

29 FRIEDLÄNDER, W.A.: Grundbegriffe und Methoden der Sozialarbeit, hrsg. von Hans Pfaffenberger, 2. Aufl., Neuwied-Berlin 1969

30 GABRIEL, E.: Zur Frage des Abstinenzsyndroms. Suchtgef. 16, Heft 2, 13-19, 1970

31 GRUNER, W.: Zum Problem des Jugendalkoholismus. Eine Literaturanalyse. Fortschr. Neurol. Psychiat. 45, 77-97, 1977

32 HANDEL, K.: Anforderungen an das fachärztliche Gutachten in Unterbringungsfällen. Suchtgef. 16, 12-16, 1970

33 HESS, M.: Zwangsunterbringung von psychisch Kranken - Juristische und medizinische Gesichtspunkte. Öff. Gesundh.-Wesen 40, 689-695, 1978

34 HIPPIUS, H.: Sondervotum der Dt. Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde. In: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Bundestagsdrucksache 7/4200, S. 411-414, 1975

35 HOLLSTEIN, W.: Hilfe und Kapital zur Funktionsbestimmung der Sozialarbeit. In: W. Hollstein und M. Meinhold (Hrsg.): Sozialarbeit unter kapitalistischen Produktionsbedingungen. S. 167-207, Frankfurt 1973

36 JANTZEN, G.: Gedanken zur Sozialarbeit im Gesundheitsamt. Öff. Gesundh.-Wesen 40, 545-549, 1978

37 JANZ, H.W.: Besondere Probleme der Psychotherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigen. In: W. Steinbrecher, H. Solms (Hrsg.): Sucht und Mißbrauch, VI 95 ff, Thieme Verlag, Stuttgart 1975

38 JELLINEK, E.M.: The disease concept of alcoholism. Yale University Press, New Haven 1960

39 JELLINGER, K.: Die ambulante Weiterbehandlung Alkoholkranker. In: Theorie und Praxis der Therapie der Alkoholabhängigkeit. Verlag Hollinek, Wien 1969

40 KEUP, W.: Behandlungseinrichtungen für Suchtkranke. Tendenzen in der Entwicklung von Hilfsangeboten. Nicol Verlag, Kassel 1976

41 KEUP, W., M. SEIDEL, G. PRITZSCHE: Der Stellenwert der Kurzzeit- und Langzeittherapie bei Alkoholkranken. Suchtgef. 22, 15-20, 1976

42 KLOHNINGER-HUHN, I.: Wie kann dem Alkoholikerrückfall vorgebeugt werden? Suchtgef. 24, 139-146, 1978

43 KOESTER, H.: Das grüne Gehirn (Der Arzt des öffentl. Gesundheitsdienstes). Thieme Verlag, Stuttgart 1967

44 KRASNEY, O.E.: Das Bundessozialhilfegesetz und die Suchtkrankenfürsorge. Suchtgef. 7, 17, 1961

45 KRASNEY, O.E.: Versicherungsrechtliche Fragen: Alkoholismus-Bedingungen-Auswirkungen-Behandlung. Heft 16, Schriftenreihe z. Problem d. Suchtgefahren, 90-103, Hoheneck-Verlag, Hamm 1971

46 KRYSPIN-EXNER, K., H.G. ZAPOTOZKY: Zur Klinik und Therapie des chronischen Abstinenzsyndroms. In: Theorie und Praxis der Therapie der Alkoholabhängigkeit. Verlag Hollinek, Wien 1969

47 LAGARIE, G.W., M. WIEDEMANN: Aufgaben und Möglichkeiten der Gesundheitsämter in der Erfassung und Bekämpfung von Mißbrauch und Sucht. In: W. Steinbrecher, H. Solms: Sucht und Mißbrauch, VII 61 ff, Thieme Verlag, Stuttgart 1975

48 Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg: Vorläufige Richtlinien des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg über die Förderung von psychosozialen Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen für Suchtgefährdete und Suchtkranke. Nr. V/2-7247.4.2/77 vom 24. Oktober 1977

49 Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Bade-Württemberg: Persönliche Mitteilung, Februar 1979

50 OLBRICH, R., H. WATZL: Behandlungsergebnisse in der Therapie des Alkoholismus. Eine Übersicht. Suchtgef. 24, 1-8, 1978

51 PIAZZI, A., R. AUERT, J. MÜLLER, G. SADOWSKI, B. SCHMIDTO-BREICK, G. STEGER: Katamnestische Erhebung bei 180 Alkoholikern, bei denen 1969/70 eine ambulante Behandlung begonnen wurde. Suchtgef. 22, 21-26, 1976

52 RIETH, E.: Praktische Erfahrungen in der Behandlung von Suchtkranken in der offenen Fachklinik. Öff. Gesundh.-Wesen 36, 166-170, 1974

53 RIETH, E.: Zur Effektivitätsbeurteilung von Entziehungskuren. Suchtgef. 23, 137-146, 1977

54 ROST, W.: Die Rechtsgrundlagen der Trinkerfürsorge. Kriminologische Forschungen, Band 4, Verlag Duncker und Humbolt, Berlin 1966

55 SAAGE, E., H. GÖPPINGER: Freiheitsentziehung und Unterbringung, S. 324 ff, C.H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung. München 1975

56 SANDMANN, D. in Zusammenarbeit mit dem Referat Suchtkrankenhilfe, 7800 Freiburg i.Br.: Merkblatt für Ärzte zur Behandlung Alkoholkranker. 10. Aufl., Hoheneck-Verlag, Hamm 1979

57 SCHMIDT, H.G. (Hrsg.): Jahrbuch zur Frage der Suchtgefahren. Neuland, Hamburg 1980

58 SCHNEIDER, R., K.-H. LINKER: Erfahrungen eines Gesundheitsamtes über die Erfolge der freiwilligen und zwangsweisen Alkoholentziehungskuren. Öff. Gesundh.-Wesen 36, 166-170, 1974

59 SOLMS, H.: Selbsthilfegemeinschaften von Alkoholikern und Drogenabhängigen. In: W. Steinbrecher, H. Solms (Hrsg.): Sucht und Mißbrauch, VI, 130 ff, Thieme Verlag, Stuttgart 1975

60 SONDHEIMER, G.: Kontrolliertes Trinken - eine Alternative zur Vollabstinenz für Alkoholiker. Drogalkohol 2, 3-15, 1978

61 STAHL, C.D.: Psychosoziale Beratung und ambulante Behandlung Suchtkranker. Hrsg.: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg, 1978

62 STEINBRECHER, W., H. SOLMS: Die Ausbreitung des Alkoholkonsums und des Alkoholismus. In: W. Steinbrecher, H. Solms (Hrsg.): Sucht und Mißbrauch, Thieme Verlag, Stuttgart 1975

63 SÜDWESTPRESSE vom 4. Febr. 1978: Ambulante Behandlung Suchtkranker im Land ist absolut ungenügend

64 TÄSCHNER, K.L.: Gesamtdarstellung der Behandlungskette für Suchtkranke. Neuland 88, Heft 4, 3-5, 1977

65 TROJAN, A.: Epidemiologie des Alkoholkonsums und der Alkoholkrankheit in der Bundesrepublik Deutschland. Suchtgef. 26, 1-17, 1980

66 Verband der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke: Grundsätze zur Behandlungsdauer von Suchtkranken. Suchtgef. 21, 42-43, 1975

67 Verband der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke: Indikationen für die Behandlung Suchtkranker. Suchtgef. 25, 85-86, 1979

68 WANKE, K.: Aktuelle Erfassung der derzeitigen Erscheinungsformen von Sucht und Mißbrauch in stationären Einrichtungen der BRD. In: Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. 488-505, Bundestagsdrucksache 7/4201, 1975

69 WATZL. H.: Überlegungen zur Bewertung von Abstinenzraten. Suchtgef. 25, 37-38, 1979

70 WIESER, S.: Alkoholismus III; Katamnesen und Prognosen. Fortschr. Neurol. Psychiat. 33, 349-409, 1965

71 WIESER, S.: Das Trinkverhalten der Deutschen. Nicolai, Herford 1973

72 WIESER, S., W. FEUERLEIN: Über die Prävalenz des Alkoholismus (Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit) im Bundesland Bremen. Fortschr. Neurol. Psychiat. 44, 447-461, 1976

73 WHO Expert Commitee on Addiction - Producing Drugs, Third Report (1952). Wld. Hlth. Org. techn. Rep. Ser., 57,9, 1952

74 WHO Expert Commitee on Addiction - Producing Drugs, Seventh Report (1957). Wld. Hlth. Org. techn. Rep. Ser., 116,9, 1957

75 ZEISEL, B.: Die Behandlung hirnorganisch abgebauter krankheitsuneinsichtiger Alkoholiker. Psychiat. Prax. 4, 108-113, 1977

76 ZEIT, H.: Methoden und Techniken der Sozialarbeit in der Behandlung Suchtkranker. In: H. Zeit (Hrsg.): Sozialarbeit und Suchterkrankung. Lambertusverlag, Freiburg 1973

77 ZEIT, H.: Ziele und Funktionen der Sozialarbeit. In: H. Zeit (Hrsg.): Sozialarbeit und Suchterkrankung. Lambertusverlag, Freiburg 1973

78 ZELLER, G.: Aufbau ambulanter Alkoholiker-Selbsthilfegruppen. Veröffentlichungen aus dem PLK Weinsberg, Info. 20, 9-10, 1977

Herrn Professor Dr. W. Steuer danke ich herzlich für die Anregung und Leitung der Arbeit.

Mein Dank gilt auch Herrn Dr. F. Andritsch und Herrn G. Zeller, beide Psychiatrisches Landeskrankenhaus Weinsberg, sowie den Ärzten und Mitarbeitern der staatlichen Gesundheitsämter der Region Franken für die Hilfe bei der Erfassung der Angaben.

LEBENSLAUF

Am 4. Januar 1954 wurde ich, Johann Jakob, als Sohn des Engelbert Jakob und seiner Ehefrau Zita, geborene Zeller, in Mulfingen-Zaisenhausen geboren.

1961 - 1965	Besuch der Grundschule in Zaisenhausen
1965 - 1973	Besuch des Peutinger-Gymnasiums in Ellwangen/Jagst
Juni 1973	Reifeprüfung
1973 - 1980	Medizinstudium an der Eberhard-Karls-Universität in Tübingen mit 'Praktischem Jahr' an den Städtischen Krankenanstalten in Esslingen/Neckar
23. April 1980	Medizinisches Staatsexamen
seit Juli 1980	Zivildienst leistender Arzt am Tropenheim - Paul Lechler-Krankenhaus in Tübingen im Bereich Innere Medizin/Tropenmedizin